Maren Mylius

Die medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere in Deutschland

Studien zur Praxis in Gesundheitsämtern und Krankenhäusern

[transcript]

Menschenrechte in der Medizin
Human Rights in Healthcare

Maren Mylius
Die medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere in Deutschland

Menschenrechte in der Medizin | Human Rights in Healthcare | Band 2
hrsg. von Prof. Dr. Dr. Heiner Bielefeldt und Prof. Dr. Andreas Frewer, M.A.



Für Ruth und Jörg Mylius, die einst aufbrechen mussten.

Maren Mylius (Dr. PH) hat in Hannover Humanmedizin und Public Health studiert, arbeitet als Ärztin, ist Vorstandsmitglied bei der »Medizinischen Flüchtlingsberatung Hannover« und Gastwissenschaftlerin am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin an der Universität Erlangen-Nürnberg.

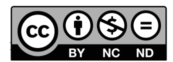
MAREN MYLIUS

Die medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere in Deutschland

Studien zur Praxis in Gesundheitsämtern und Krankenhäusern



Die Drucklegung erfolgte mit freundlicher Förderung von: Grant des Forschungsprojekts »Human Rights in Healthcare« Emerging Fields Initiative der Universität Erlangen-Nürnberg (FAU).
Teile der Arbeit sind als Dissertation und als Magisterarbeit an der Medizinischen Hochschule Hannover veröffentlicht.



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Umschlagkonzept: Kordula Röckenhaus, Bielefeld
Satz: Justine Haida, Bielefeld
Druck: Majuskel Medienproduktion GmbH, Wetzlar
Print-ISBN 978-3-8376-3472-3
PDF-ISBN 978-3-8394-3472-7

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier mit chlorfrei gebleichtem Zellstoff.
Besuchen Sie uns im Internet: *http://www.transcript-verlag.de*
Bitte fordern Sie unser Gesamtverzeichnis und andere Broschüren an unter: *info@transcript-verlag.de*

Inhalt

Danksagung

Viele Menschen haben mich bei meinen Forschungsvorhaben mit ihrer Zeit und ihren Überlegungen unterstützt. Ganz besonders möchte ich meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. Andreas Frewer, M.A., danken, der mir von der Forschungsidee an viele Hilfestellungen gegeben hat und dem ich während des gesamten Arbeitsprozesses wichtige Hinweise zu verdanken habe. Andreas Frewer hat mich entscheidend ermutigt, mich für ein Promotionsstipendium zu bewerben, um die Forschungsarbeit in der Form durchführen zu können. Er hat mich ermuntert, den »ersten Schritt« zu wagen, etwas zu Papier zu bringen und Ergebnisse zu publizieren. Für diese wiederholten Anstöße, das Zaudern und Zögern zu überwinden, bin ich ihm ganz besonders dankbar. Auch möchte ich meinem »zweiten« Doktorvater, Herrn Prof. Dr. Siegfried Geyer, danken, der mir viele wichtige Ratschläge insbesondere für die Fragebogenerstellung und die Forschungsmethodik gegeben hat. Thorsten Behder, Wiebke Bornschlegl, Dr. Irene Hirschberg, Nunja Pilz und Jan Weber möchte ich ganz herzlich für ihre Verbesserungsvorschläge danken. Sie haben mir nicht nur viele konkrete Tipps gegeben und Texte auf ihre Verständlichkeit geprüft, sondern mich auch in vielen schwierigen Phasen freundschaftlich begleitet und aufgemuntert. Ich danke meinen Interviewpartnerinnen und -partnern, die sich vorübergehend ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland aufgehalten haben oder noch aufhalten, dass sie bereit waren, über einen für sie sehr schwierigen Abschnitt zu sprechen und sich mir gegenüber, als für sie Fremde, zu öffnen. Auch den Ärztinnen und Ärzten danke ich für ihre Auskunftsbereitschaft. Ebenfalls möchte ich Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Gesundheitsämter und Krankenhäuser danken, die bereit waren, mir den Fragebogen zuzuschicken und mir etliche wichtige Hinweise zu ihrer praktischen Arbeit gegeben haben. Ich danke sehr Katrin Volkenand, die viele wertvolle Anregungen zum Thema Migration beigesteuert hat. Meinen Mitstreitern bei der Medizinischen Flüchtlingsberatung Hannover e.V. danke ich sehr für ihr Engagement und das Bestärken im Auf und Ab der ehrenamtlichen Tätigkeit. Der Heinrich-Böll-Stiftung danke ich für die ideelle und finanzielle Förderung, die die intensive Forschungsarbeit ermöglichte. Die Seminare,

Workshops und Tagungen der Stiftung unterstützten den bereichernden Austausch zwischen den Promovierenden ganz unterschiedlicher Fachrichtungen. Als sehr hilfreich erwiesen sich zudem die Doktorandenkolloquien in Erlangen und Hannover. Dafür möchte ich besonders Herrn Prof. Dr. Bielefeldt und Herrn Prof. Dr. Frewer danken, die mit ihren gemeinsam veranstalteten Kolloquien den interdisziplinären Austausch an der Universität Erlangen-Nürnberg (FAU) beförderten. Danken möchte ich auch für die freundliche Förderung der Drucklegung im Rahmen eines Grant des Forschungsprojekts »Human Rights in Healthcare« der Emerging Fields Initiative der FAU.

Ganz besonderer Dank gilt meiner Familie, meinem Freund und Vater unserer Kinder, Niklas Garde, der meine Zweifel im Entstehungsprozess der Arbeit nicht nur ertragen, sondern immer wieder mit mir überlegt und diskutiert hat. Mein Sohn Justus, meine Töchter Lulu und Frida Malou haben mir die Freude und den Ausgleich gegeben, die neben der Arbeit ungemein wichtig sind. Sie haben mir auch geholfen, mich zu organisieren und schnell zu arbeiten, so dass mehr Zeit zum Spielen blieb. Mein Dank gilt meinen drei Brüdern, Marten, Til und Veit. Ganz besonders danke ich Marten für seine vielen Anmerkungen und Textkorrekturen. Er hat sich die Zeit genommen, die bei ihm durch seine sehr wichtige und sehr gute Arbeit nun in Jordanien auch sehr knapp ist. Mein tiefer Dank gilt meinen Eltern Ruth und Jörg. Sie haben sich meine Vorträge angehört, Texte Korrektur gelesen, mit meinen Zweifeln mitgelitten und waren stets zuversichtlich, dass etwas Gutes daraus wird. Sie haben mir in jeder Beziehung geholfen und mich in den letzten Jahren viel unterstützt, so dass ich arbeiten konnte, wie es mir mit drei kleinen Kindern sonst nicht möglich gewesen wäre. Ohne sie hätte ich die Arbeit nicht fertigstellen können.

1. Einleitung

1.1 Einführung in das Themenfeld

> »Wir waren in Dunkelheit, wir konnten nichts, jede Hilfe war für uns fremd. Wir mussten nur eins sehen, wie wir überstehen konnten.«
> S. aus Westafrika im August 2011[1]

Wanderungsbewegungen sind fester Bestandteil menschlicher Gesellschaften. Im Jahr 2014 sind über 630.000 Menschen aus EU-Mitgliedsstaaten wie Italien, Rumänien und Bulgarien nach Deutschland migriert, über 475.000 Menschen befanden sich 2015 im Asylverfahren.[2] Und die letzte verfügbare Schätzung beziffert für das Jahr 2014 bis zu 520.000 Migrantinnen und Migranten ohne Papiere in Deutschland. Ihr Anteil ist damit in den letzten Jahren vermutlich wieder angestiegen.[3] Migration als Einflussfaktor für Gesundheit und Krankheit gewinnt in der wissenschaftlichen Diskussion zunehmend an Bedeutung. Ebenso die Versorgungsstrukturen im Gesundheitssystem, die sich neuen Anforderungen gegenüber sehen. Studien zum Gesundheitszustand finden allerdings in ihrer Aussagekraft Limitationen in der starken Heterogenität der Gruppe von Menschen mit Migrationshintergrund, so dass generalisierende Annahmen zu migrationsspezifischen pathogenen bzw. gesundheitsfördernden Faktoren erschwert werden. Neben Alter, Geschlecht und

1 | S. aus Westafrika schilderte dies im Interview im August 2011 auf die Frage der Autorin nach Kenntnissen über medizinische Unterstützungsangebote während seines unerlaubten Aufenthalts in Deutschland. Siehe auch Kap. 3.3.

2 | Zu Wanderungsbewegungen in der EU siehe Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2015b), S. 76. Zur Zahl der Asylsuchenden siehe Bundesamt für Migration und Flüchtlinge: Aktuelle Zahlen zu Asyl. Ausgabe Dezember 2015: https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/statistik-anlage-teil-4-aktuelle-zahlen-zu-asyl.pdf?__blob=publicationFile [26.01.2016].

3 | Vgl. Vogel (2015), S. 4.

sozioökonomischer Lage müssen unterschiedliche Herkunftsländer ebenso berücksichtigt werden wie Aufenthaltsdauer, Migrationserlebnis, Sprachkenntnisse, Religion und Aufenthaltsstatus. Ein legaler Aufenthalt ist in manchen Ländern Voraussetzung für den Zugang zum Gesundheitssystem.[4] Die Möglichkeit der Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung stellt einen wichtigen Faktor für eine gesunde Bevölkerung dar. In Deutschland sind Migrantinnen und Migranten, die über keinen legalen Aufenthaltsstatus verfügen – Papierlose – faktisch vom Gesundheitssystem ausgeschlossen. Zwar ist der diskriminierungsfreie Zugang zur medizinischen Versorgung als nicht entziehbares Menschenrecht unbestritten. Dennoch steht in Deutschland in der staatlichen Auseinandersetzung um irreguläre Migration nach wie vor die strafrechtliche Verfolgung im Vordergrund.[5] Ungeachtet dessen halten sich weiterhin Migrantinnen und Migranten ohne Papiere in Deutschland auf. Krieg, Vertreibung, Diskriminierung oder wirtschaftliche Zwänge lassen Menschen ihr Herkunftsland verlassen. Da es in Deutschland nur wenige Möglichkeiten gibt, eine Arbeits- und Aufenthaltserlaubnis zu bekommen, verbleiben Migrierte in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität und sind von einem Krankenversicherungsschutz ausgeschlossen. Ihr Asylantrag wurde abgelehnt, das Touristenvisum ist abgelaufen, sie sind beispielsweise Opfer von Menschenhandel oder verlieren ihre Aufenthaltserlaubnis nach einer Ehescheidung. Es gibt internationale Konventionen wie den UN-Sozialpakt, die von den meisten Staaten der Welt ratifiziert worden sind. Darin bekennen sich die Unterzeichnerstaaten zu dem Menschenrecht auf Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle Menschen unabhängig von Geschlecht, ethnischer Zugehörigkeit, Religion und eben Aufenthaltsstatus. Auch auf europäischer Ebene wurde bereits in den 1960er Jahren die Bedeutung von Gesundheit in der Sozialcharta benannt. Mit dem Lissaboner Vertrag ist das »Menschenrecht auf Gesundheit« seit 2009 in der EU-Charta rechtsverbindlich. In den letzten Jahren findet eine zunehmende öffentliche Thematisierung menschenrechtlicher Defizite in der Gewährleistung von Rechten Papierloser in Deutschland statt. Diese betreffen insbesondere Hürden im Zugang zu Bildung und zur Gesundheitsversorgung sowie prekäre Arbeitsverhältnisse. Wissenschaftliche Forschungsarbeiten setzen sich ebenfalls vermehrt mit diesen Aspekten auseinander. Irreguläre Migration zu untersuchen scheint auf den ersten Blick paradox: In der Natur des Gegenstandes liegt die schwere Erreichbarkeit und damit Messbarkeit. Sie entzieht sich – bedingt durch die potenziell schweren Sanktionen für betroffene Menschen – validen und repräsentativen Ergebnissen, die die Lebenssituation

4 | Siehe z.B. Ärzte der Welt e.V. (2012), Cuadra (2012), European Union Agency for Fundamental Rights (2011), Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM) (2007), Suess et al. (2014).

5 | Nähere Ausführungen hierzu s. Kapitel 2.2.

der Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität unverzerrt abbilden. Der schwierige Zugang zu Migrantinnen und Migranten ohne Papiere macht undokumentierte Migration allerdings nicht unergründbar. Die in den letzten beiden Jahrzehnten zunehmende Anzahl wissenschaftlicher Untersuchungen hat durch verschiedene Zugänge zu den Menschen Lebenssituationen aufgezeigt und wesentlich zur Problemexploration beigetragen.

Die Prozesshaftigkeit der Rahmenbedingungen von Migration wie auch der Lebensumstände von Menschen ohne Papiere in Deutschland zeigen sich in der Geschichte zur »Ausländergesetzgebung«. Die rechtliche Lage hat Auswirkungen auf Morbidität und Mortalität der migrierten Personen, die irgendwann ihren unerlaubten Aufenthalt auf die eine oder andere Art verlassen werden. Ohne ausreichende finanzielle Mittel um als Selbstzahler im Gesundheitssystem aufzutreten und ohne eine Krankenversicherungskarte eine medizinische Versorgung zu erhalten, ist im deutschen Gesundheitssystem nicht vorgesehen. Es gibt allerdings zwei Ausnahmen: Zum einen gilt im »Notfall«, dass eine Behandlung erfolgen muss, sonst drohen strafrechtliche Konsequenzen wegen unterlassener Hilfeleistungen. Der medizinische Notfall, der eine unmittelbare ärztliche Behandlung erfordert, gehört in den Aufgabenbereich der Krankenhäuser. Doch wie wird mit der ärztlichen Schweigepflicht umgegangen und wer übernimmt die Kosten der Behandlung? Und was ist genau ein »Notfall«?

Zum anderen wurde als ein Ergebnis aus den Erfahrungen mit der HIV/AIDS-Epidemie in den 1980er und 90er Jahren die herausragende Bedeutung eines niederschwelligen Versorgungssystems für vulnerable Bevölkerungsgruppen erkannt. Diese Erkenntnis fand im Infektionsschutzgesetz 2001 ihren Niederschlag. Mit Verweis auf die sozialkompensatorische Funktion des Öffentlichen Gesundheitsdienstes gelten bei sexuell übertragbaren Erkrankungen und Tuberkulose Regelungen, die neben Beratung und Diagnostik ambulante Therapien für vulnerable Gruppen ermöglichen. Für Migrantinnen und Migranten ohne Papiere ist dabei entscheidend, dass diese Option von allen kommunalen Gesundheitseinrichtungen anonym und kostenlos angeboten werden soll. Jene seit 2001 verankerte Regelung müsste Menschen ohne Papiere bei den genannten spezifischen Erkrankungen eine Behandlungsoption eröffnen. Zudem können die empfohlenen Schutzimpfungen unentgeltlich durchgeführt werden. Wissen allerdings die Betroffenen von diesem Angebot? Und wie setzen die Gesundheitsämter diese Regelung in die Praxis um? In der vorliegenden Arbeit stehen diese gesetzlich vorgesehenen niederschwelligen Versorgungsaufträge im Fokus. Die Erkenntnisse zur gegenwärtigen Situation der *tatsächlichen* medizinischen Versorgung, der *tatsächlichen* Angebotsstruktur an den Gesundheitsämtern[6] und der Situation im medizinischen Notfall

6 | In dieser Arbeit wird mit dem Begriff Gesundheitsamt die unterste Ebene der Gesundheitsbehörden bezeichnet und bezieht sich damit auch auf die entsprechenden

im Krankenhaus können für Problemkonstellation sensibilisieren. Sie sind die Basis für Handlungsempfehlungen und strukturelle Änderungen. Die beschriebenen Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes suggerieren im Bereich spezifischer Erkrankungen wie Tuberkulose und sexuell übertragbare Erkrankungen bzw. HIV/AIDS eine niederschwellige Versorgung für vulnerable Gruppen. Auch die gesetzlichen Regelungen für den »Notfall« sehen eine ungehinderte medizinische Versorgung vor; im Folgenden sollen diese erklärten Anliegen einer kritischen Analyse unterzogen werden.

1.2 Aufbau und Ziele der Arbeit

In dieser Arbeit soll mit Hilfe zu diesem Zweck erhobener Daten folgende Frage beantwortet werden: Welche Zugänge zur medizinischen Versorgung bestehen tatsächlich für undokumentierte Migrantinnen und Migranten?

Aufgrund der besonderen gesetzlichen Regelungen im Infektionsschutz und für die medizinische Versorgung im »Notfall« stehen die Zugänge zum Gesundheitssystem in diesen Bereichen im Fokus.

Die Arbeit gliedert sich in fünf Hauptkapitel, die von der Einführung in das Themenfeld »undokumentierte Migration und Gesundheit« und der Diskussion umrahmt werden:

- 2. Undokumentierte Migration und Zugang zur medizinischen Versorgung
  Im zweiten Kapitel wird der aktuelle Kenntnisstand zu Ursachen und Wegen in die aufenthaltsrechtliche Illegalität sowie zur Alters- und Geschlechtsstruktur der Migrierten beschrieben. Es werden die relevante Gesetzeslage im Zugang zum Gesundheitssystem skizziert und welche Wege *de facto* im Krankheitsfall von Menschen ohne Papiere beschritten werden.
- 3. Gesundheit und Krankheit bei undokumentierten Migrantinnen und Migranten
  Im Mittelpunkt des Kapitels steht neben theoretischen Überlegungen zum Gesundheitszustand eine Übersicht vorhandener Daten zu Patientinnen und Patienten von Anlaufstellen im Hilfesystem. Außerdem berichten einige Menschen von ihren Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung, die sie in der Zeit machten, als sie ohne Papiere in Deutschland lebten. Auf der anderen Seite schildern Expertinnen und Experten aus dem Gesundheitssystem Problemlagen und Lösungsansätze in der medizinischen Versorgung Papierloser.

Behörden, die in den verschiedenen Regionen bzw. Kreisen etc. unterschiedliche Bezeichnungen erhalten haben (z.B. Fachbereich Gesundheit, Amt für Gesundheit).

- 4. Der Öffentliche Gesundheitsdienst und spezifische Herausforderungen bei Tuberkulose und HIV/AIDS
  Im vierten Kapitel wird eingangs die Verwaltungsstruktur des Öffentlichen Gesundheitswesens in Deutschland beschrieben. Dies ermöglicht ein besseres Verständnis von Zuständigkeiten und Handlungsoptionen auf Ebene der Gesundheitsämter. Der historische Exkurs verdeutlicht die Entwicklung öffentlicher »Fürsorge« und ihre Wechselbeziehungen zur rechtlichen Gestaltung. Anschließend werden die zwei Infektionskrankheiten Tuberkulose und HIV/AIDS mit ihren spezifischen Herausforderungen und Anforderungen in der Behandlung diskutiert. Hintergrund ist dabei, dass das kostenlose und anonyme Angebot zu Tuberkulose und der HIV-Infektion bzw. AIDS zentrales Aufgabengebiet der Gesundheitsämter darstellt. Im Zentrum stehen die besonderen Herausforderungen dieser Erkrankungen für die Betroffenen und das Gesundheitswesen sowie die Bedeutung des frühen Zugangs zu Prävention und Therapie.
- 5. Zur Rolle der Gesundheitsämter in der medizinischen Versorgung
  Das fünfte Kapitel steht im Fokus dieser Arbeit. Es stellt die Vollerhebung an den Gesundheitsämtern in Deutschland dar, die mittels eines standardisierten Fragebogens durchgeführt worden ist. Es folgen Datenauswertung und Analyse der Ergebnisse. Im Zentrum stehen die Fragen, inwieweit die Gesundheitsämter bisher Kontakt zu Migrantinnen und Migranten ohne Papiere hatten, ihn gesucht und befördert haben und ob in der Vergangenheit Behandlungen im Gesundheitsamt für diese vulnerable Gruppe erfolgt sind. Analysiert werden Ursachen und Hintergründe der vorliegenden Befunde und welche Konsequenzen sich daraus im Krankheitsfall, aber auch bei der Prävention der spezifischen Infektionskrankheiten ergeben. Einzelne Fallschilderungen aus den Ämtern verdeutlichen exemplarisch die Situationen vor Ort.
- 6. Die Versorgung im medizinischen Notfall an den Krankenhäusern
  Im sechsten Kapitel wird die Studie zur Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung an den Krankenhäusern in Berlin, Hamburg und Niedersachsen vorgestellt. Ziel ist die Identifizierung von Hemmnissen. Zudem soll beurteilt werden, inwiefern die stationäre Versorgung von Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung und ohne Papiere für die Krankenhäuser von Relevanz ist. Dies betrifft aufgrund des Finanzierungssystems der Häuser vorwiegend die Frage der Kostenträgerschaft von Krankenhausbehandlungen.

In der zusammenfassenden Darstellung werden schließlich die verschiedenen Aspekte der einzelnen Kapitel zusammengeführt und in Hinblick auf die Forschungsfrage diskutiert. Die Arbeit soll zum einen umfassend die Rahmenbedingungen einer medizinischen Versorgung in der aufenthaltsrechtlichen

Illegalität darstellen und bewerten. Zum anderen werden die Auswirkungen auf die vom Gesetzgeber als explizit niederschwellig formulierten Zugänge untersucht und diskutiert. Im Fokus steht dabei die Bedeutung der Gesundheitsämter und der Krankenhäuser für diese vulnerable Bevölkerungsgruppe.

1.3 Der Forschungsstand

Zur Gesundheitsversorgung von undokumentierten Migrantinnen und Migranten in Deutschland gab es in jüngster Zeit eine Reihe von wissenschaftlichen Veröffentlichungen. Bei den meisten Arbeiten handelt es sich um qualitative Untersuchungen zur Lebenssituation Undokumentierter,[7] um Darstellungen der Gesetzeslage und zu Implikationen des Völkerrechts.[8] Als einer der Pionierforscher gilt der Jesuitenpfarrer Jörg Alt, der bereits Ende der 1990er Jahre mit seiner Studie zu Leipzig einen Einblick in die Lebenswelten undokumentierter Migrantinnen und Migranten ermöglichte.[9] Weitere Publikationen zur Lebenssituation der Betroffenen in verschiedenen Großstädten wie Berlin, Köln, Frankfurt a.M., Hamburg und München folgten.[10] Mittels Interviews wird der Alltag mit den Herausforderungen und Problemlagen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität geschildert. Gesundheit ist dabei ein Aspekt unter anderen wie Arbeit, Wohnsituation und Zugang zu Bildung. Die Autoren und Autorinnen widmen sich spezifischen Fragestellungen wie dem Leben von Kindern in aufenthaltsrechtlicher Illegalität[11] oder der Situation lateinamerikanischer Migrantinnen und Migranten ohne Papiere in Berlin.[12] 1997 unternahm Harald Lederer den Versuch, unerlaubte Beschäftigung von Ausländern quantitativ zu schätzen.[13] Auf die neueren Arbeiten zur Schätzung des Umfangs der Menschen ohne Papiere in Deutschland von Dita Vogel und Manuel Aßner wird in Kapitel 2.2 näher eingegangen. Vereinzelte quantitative Arbeiten untersuchen die Daten der Patientinnen und Patienten von *Non-Governmental-Organisations* (NGOs), die eine medizinische Versorgung von Men-

7 | Vgl. Falge et al. (2009), Heinrich-Böll-Stiftung (2008), Huschke (2013), Klug (2014).

8 | Siehe z.B. Aichele (2009), Ärztekammer Berlin (2013), Bielefeldt (2011), Cuadra (2012), European Union Agency for Fundamental Rights (2011), Gerdsmeier (2010), Ruiz-Casares et al. (2010), Suess et al. (2014), Woodward et al. (2014).

9 | Siehe Alt (1999).

10 | Beispielsweise Alscher et al. (2001) zu Berlin, Alt (2003) und Anderson (2003) zu München, Krieger et al. (2006) zu Frankfurt a.M., Bommes/Wilmes (2007) zu Köln, Diakonie Hamburg/Landesverband der Inneren Mission e.V. (2009) zu Hamburg.

11 | Siehe Vogel/Aßner (2010).

12 | Vgl. Huschke (2013).

13 | Siehe Lederer (1997).

schen ohne Krankenversicherung ermöglichen.[14] Zur Situation an den Gesundheitsämtern finden sich lediglich vereinzelte Untersuchungen. Vor allem zur Arbeit der Beratungsstelle für sexuell übertragbare Erkrankungen (STD) am Gesundheitsamt Köln existieren Veröffentlichungen.[15] Darin werden die Daten der Patientinnen und Patienten, die die Sprechstunde aufsuchten, hinsichtlich verschiedener Variablen wie Herkunftsland und Erkrankung ausgewertet. Es zeigt sich eine Abnahme des Anteils der Menschen ohne Papiere und eine Zunahme an Bürgerinnen und Bürgern der EU, die das Angebot in Köln zwischen 2002 und 2010 wahrnahmen. Die Anzahl der Konsultationen lag zwischen 1.400 und 2.200 pro Jahr.[16] Die Daten der Behandelten der »Humanitären Sprechstunde« am Gesundheitsamt in Frankfurt a.M. wurden ebenfalls ausgewertet und 2015 in einer Studie publiziert. Hier zeigt sich eine Zunahme der Konsultationen von 673 im Jahr 2008 auf 1.911 in 2013.[17] Der Anteil der Menschen ohne Papiere ist nicht angegeben, es wird lediglich über eine Zunahme von Personen aus Bulgarien, Rumänien und Ost-/Südosteuropäischen Ländern berichtet. Zu den häufigen Diagnosen gehören neben Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankungen die Schwangerschaften.[18] Eckhard Lotze, Mitarbeiter am Gesundheitsamt Bremen, berichtet 2009 in einem Beitrag über die Implementierung der dortigen »Humanitären Sprechstunde«. Über die Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) insgesamt in der Gesundheitsversorgung von undokumentierten Migrantinnen und Migranten ist wenig bekannt. Eine bundesweite Darstellung der Angebote der Gesundheitsämter für diese vulnerable Gruppe fehlte bisher. Die Gründe dafür sind vielschichtig. Das föderale System in Deutschland ermöglicht es den Bundesländern, eigene Gesetze für den ÖGD zu erlassen und die Gesundheitsämter auf kommunaler Ebene weisen – aufgrund des finanziellen Rahmens und bestimmt durch das Engagement der Angestellten – eine große Diversität in ihrer Ausgestaltung auf. Dies führt zu regional sehr unterschiedlichen Angeboten. Hinzu kommt eine oftmals fehlende Dokumentation zum Aufenthaltsstatus in den Ämtern. Quantitative Studien zur Zahl von »Undokumentierten« unter den Patientinnen und Patienten werden dadurch erschwert. Auch zur Struktur des ÖGD sind nur wenige quantitative Studien vorhanden. Das Robert Koch-Institut (RKI) befragte 2002 alle Gesundheitsämter zum Meldewesen nach dem damals noch neuen Infektionsschutzgesetz (IfSG) und erfasste die Per-

14 | Siehe dazu beispielsweise Castañeda (2009), Kühne (2009), Ärzte der Welt e.V. (2012), Lotty et al. (2015).

15 | Vgl. Nitschke et al. (2011) und Nitschke (2005).

16 | Vgl. Nitschke et al. (2011), S. 751.

17 | Siehe Schade et al. (2015), S. 466.

18 | Vgl. ebd., S. 469.

sonalausstattung der Ämter mit.[19] Eine 2001, kurz nach Einführung des IfSG und gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit, durchgeführte bundesweite Befragung aller Gesundheitsämter zur Arbeit der Beratungsstellen für STD und HIV/AIDS bildet nur die Kategorie Migrantinnen und Migranten mit unklarem Aufenthaltsstatus ab, ohne eine weitergehende Differenzierung vorzunehmen:[20] Die Dokumentation der Ämter bezüglich des Aufenthaltsstatus bleibt unklar und eine Begriffsbestimmung findet nicht statt. Nach dem EU-Beitritt osteuropäischer Länder wie Polen, Bulgarien, Rumänien und anderer hat sich der Aufenthaltsstatus der Menschen aus diesen Ländern in Deutschland geändert und damit die Zusammensetzung nach Herkunftsregion der undokumentierten Migrantinnen und Migranten. Dies ist bei quantitativen Untersuchungen vor 2007 zu berücksichtigen. So haben Steffan et al. 2004 eine nicht repräsentative Befragung zur Nutzung der HIV-Testung in Berlin und Brandenburg durchgeführt. Dabei wurde auch die Einstellung von Menschen mit vermutlich fehlender Aufenthaltserlaubnis erfragt.[21]

Zur medizinischen Notfall- und stationären Versorgung von Migrantinnen und Migranten ohne Papiere sind lediglich Fallberichte verfügbar.[22] Aus Berlin berichtet z.B. die Ethnologin Susann Huschke im Rahmen ihrer qualitativen Forschungsarbeit von den Erfahrungen ihrer Interviewpartnerinnen und -partner (Migrantinnen und Migranten ohne Papiere, Personen aus dem Sozialdienst, der Pflege, ärztliches Personal in Krankenhäusern) in der Notaufnahme.[23] Sie berichten über Hürden in der medizinischen Versorgung durch die zuallererst geforderte Krankenversicherungskarte, dem Vorzeigen des Personalausweises und Baranzahlungen. Außerdem wird von willkürlichem Prozedere in Abhängigkeit der Einstellung des Krankenhauspersonals berichtet, Unwissenheit beim Verwaltungspersonal führe zu schwerwiegenden Konsequenzen für die Betroffenen in Form der drohenden Abschiebung.[24] Shirin Simo und Heribert Kentenich berichten aus ärztlicher Sicht von Fällen aus den DRK Kliniken Westend in Berlin. Sie schildern gesundheitliche Risiken von Betroffenen und hohe Kosten für das Krankenhaus.[25] Für die DRK Kliniken Westend geben Simo und Kentenich an, dass dort durchschnittlich 24 Geburten pro Jahr bei Migrantinnen ohne Papiere gegen eine geringe Pauscha-

---

19 | Siehe Robert Koch-Institut (o.J.).

20 | Vgl. Steffan et al. (2002), S. 82 und S. 84.

21 | Vgl. Steffan et al. (2005), S. 74.

22 | U.a. Bommes/Wilmes (2007), S. 66, S. 76, S. 80-82, Huschke (2013), S. 228-229, Huschke/Twarowska (2011), S. 57, Klug (2014), S. 47-48, Sozialreferat der Landeshauptstadt München (2010), S. 7, S. 18 sowie die zuvor in diesem Kapitel zitierten Quellen.

23 | Vgl. Huschke (2013), S. 228.

24 | Huschke (2013), S. 229.

25 | Vgl. Simo/Kentenich (2011), S. 239.

le von 355,53 € – unabhängig von Verlauf und Komplikationen – durchgeführt werden und zusätzlich etwa fünf Operationen in der Gynäkologie. Die Pauschale wurde – zumindest für den beschriebenen Zeitraum vor 2011 – von den dortigen zwei medizinischen Flüchtlingsorganisationen übernommen, und die Anzahl der Geburten zuvor zwischen Klinik und Organisationen vereinbart.[26] Aus Berlin stammt auch die Schilderung von Jessica Groß und Majken Bieniok, Mitarbeiterinnen einer medizinischen Flüchtlingsorganisation (Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin), über einen jungen Patienten mit einer fortgeschrittenen AIDS-Erkrankung. Erst in einer lebensbedrohlichen Situation habe er die Flüchtlingshilfe aufgesucht und sei nach einigen Tagen im Krankenhaus gestorben, was vermeidbar gewesen wäre.[27] Groß und Bieniok weisen auf Grundlage ihrer Erfahrungen auf die verspätete Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und ihre Konsequenzen für die Betroffenen hin. Die Interviewpartnerinnen und -partner von Dominik Klug in Hamburg, die im Rahmen einer Forschungsarbeit zwischen 05/2011 und 05/2012 zur medizinischen Versorgung befragt worden sind, gaben unterschiedliche Erfahrungen mit stationären Behandlungen und Situationen in Notaufnahmen an. Die befragten Personen, die sich eine Zeitlang ohne Aufenthaltsstatus in Deutschland aufhielten, schilderten, dass sie mit Krankenkassenkarten Bekannter Leistungen erhielten oder Rechnungen im Nachhinein nicht beglichen. Ein Arzt mit Erfahrungen in der humanitären Hilfe für Menschen ohne Papiere gab folgende Einschätzung wieder:

> »Wenn einer auf der Straße umfällt, wird er selbstverständlich ins Krankenhaus gebracht und behandelt. Und dann muss das Sozialamt eintreten dafür, auch wenn er illegal ist. Aber sonst, Leute, die also einen elektiven Eingriff oder einen dringlichen, aber eben nicht notfälligen Eingriff brauchen, das ist ganz schwer.«[28]

In Hannover haben im April 2014 die Umstände des Todes eines Neugeborenen breite mediale Aufmerksamkeit auf das Thema gelenkt. Durch die Berichte regionaler und überregionaler Tageszeitungen ist bisher nur bekannt, dass die Mutter, eine Asylbewerberin aus Ghana, mit ihrem kranken Säugling die Notaufnahme eines Kinderkrankenhauses in Hannover aufgesucht und aus bisher nicht geklärten Umständen nach kurzer Zeit wieder verlassen hat, ohne dass das Kind ärztlich untersucht worden wäre. Kurz darauf starb das Kind (s. hierzu Kapitel 2.5). In der Folge wurde in den Medien mögliche Hürden in der Krankenhausversorgung für Migrantinnen und Migranten, die nicht regulär versichert sind, thematisiert.

26 | Vgl. Simo/Kentenich (2011), S. 242.

27 | Vgl. Groß/Bieniok (2011), S. 227.

28 | Klug (2014), S. 47.

Auf Diskrepanzen zwischen gesetzlichen Ansprüchen und tatsächlichen Zugangswegen in verschiedenen Ländern weisen auch eine Reihe von qualitativen Studien und Übersichtsarbeiten hin.[29] Die Agentur der Europäischen Union für Grundrechte z.B. macht in einer Untersuchung von zehn EU-Mitgliedsstaaten auf finanzielle, rechtliche und diskriminierende Hürden in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen aufmerksam. In allen untersuchten Ländern gibt es ein Anrecht auf eine Notfallversorgung, doch finden sich in unterschiedlichem Ausmaß Barrieren in Form hoher Kosten, Meldungen an die Polizei und fehlende Kenntnisse der Betroffenen und der Anbieter.[30] Eine quantitative Untersuchung liegt weder für andere europäische Länder noch für Deutschland vor.

Die vorliegende Arbeit unternimmt zum ersten Mal den Versuch, bundesweit die Situation an den Gesundheitsämtern in Beziehung zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten darzustellen sowie den Zugang zur Krankenhausversorgung im medizinischen Notfall – am Beispiel dreier Bundesländer – zu untersuchen. Damit soll die Situation für Menschen ohne Papiere über den Einzelfall hinaus erfasst werden.

1.4 Querschnittsbereich Medizin, Public Health und Versorgungsforschung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit einem Thema im Querschnittsbereich von (Sozial-)Medizin, Public Health und Versorgungsforschung. Die Wahrung eines (Menschen-)Rechts unter Alltagsbedingungen für undokumentierte Migrantinnen und Migranten berührt Fragen von Verantwortlichkeit der verschiedenen Akteure auf Ebene des Nationalstaats bis zur kommunalen Ebene. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung steht in engem Zusammenhang zu Faktoren gesundheitlicher Ungleichheit, die auf die Gesundheit einer Bevölkerung Einfluss nehmen. In Zusammenhang mit den Leistungen der Gesundheitsämter und der Krankenhäuser ist die quantitative Messung des »Outputs« ein Segment der Versorgungsforschung. Im Folgenden werden die nähere Verortung der vorliegenden Studie in den Querschnittsbereich und die der Arbeit zugrunde liegenden Annahmen dargestellt.

Versorgungsforschung gilt als Teilgebiet der Gesundheitssystemforschung und »Gesundheitssystemforschung als Teilbereich von Public Health«.[31] Die umfassenden Inhalte der einzelnen Elemente gehen ineinander über und

29 | Vgl. u.a. Cuadra (2012), European Union Agency for Fundamental Rights (2011), Ruiz-Casares et al. (2010), Suess et al. (2014), Woodward et al. (2014).

30 | Vgl. European Union Agency for Fundamental Rights (2011), S. 18-21.

31 | Bitzer (2008), S. 1.

weisen Überschneidungen auf. Dennoch können nach den Definitionen der Deutschen Gesellschaft für Public Health,[32] der Deutschen Forschungsgemeinschaft[33] und internationaler Institutionen[34] Schwerpunkte ausgemacht werden. Befasst sich Public Health-Forschung vorwiegend mit der Gesundheit einer Bevölkerung und Determinanten von Erkrankungen sowie den Wechselbeziehungen zum Gesundheitswesen, wird die Versorgungsforschung wie von Pfaff als ein Forschungsgebiet verstanden,

»das die Kranken- und Gesundheitsversorgung und ihre Rahmenbedingungen beschreibt und kausal erklärt, zur Entwicklung wissenschaftlich fundierter Versorgungskonzepte beiträgt, die Umsetzung neuer Versorgungskonzepte begleitend erforscht und die Wirksamkeit von Versorgungsstrukturen und -prozessen unter Alltagsbedingungen evaluiert«.[35]

Die Versorgungsforschung fokussiert auf die vorzufindende Versorgungswirklichkeit, also die tatsächlichen Alltagsbedingungen, und nimmt die Mikroebene in den Blick.[36] Ausgehend von den vorgefundenen Strukturen soll gezielt die gesundheitliche Versorgung verbessert werden. Das »*Throughput*-Modell« ist ein Systematisierungsansatz für Untersuchungsfelder von Versorgungsforschung. Die vier Säulen des Modells werden aus *Input* (Ressourcen, Gesundheitsdienstleister), *Throughput* (Gesundheitsdienstleistung und Kontext), *Output* (Versorgungsleistung) und *Outcome* (Gesundheits- und Lebensqualität) gebildet.[37] Arbeiten im Bereich Versorgungsforschung beschäftigen sich häufig mit krankenversicherten Patientinnen/Patienten und der Inanspruchnahme von definierten Leistungen wie stationären Krankenhausaufenthalten, Rehabilitationsmaßnahmen u.ä. Dazu werden z.B. Routinedaten der Krankenkassen genutzt sowie Patientinnen und Patienten befragt. Zentraler Gesichtspunkt ist zumeist die Ergebnisqualität aus Patientinnen- und Patientensicht. Die vor-

32 | Darstellung der Deutschen Gesellschaft für Public Health auf ihrer Homepage: www.deutsche-gesellschaft-public-health.de/informationen/public-health/ [01.12.2015].

33 | Deutsche Forschungsgemeinschaft (2010), S. 26.

34 | Beispielsweise seien genannt: die US-amerikanische *Agency for Health Care Policy and Research*, die an der *London School of Hygiene and Tropical Medicine* gegründete *Health Services Research Unit* oder das niederländische *Advisory Council on Health Research*. Vgl. z.B. Pfaff et al. (2011), S. 2.

35 | Pfaff (2003), S. 13.

36 | Vgl. Schwartz et al. (2003), S. 553. Es geht somit nicht um klinische Studien, die unter Idealbedingungen stattfinden und die *efficacy* untersuchen, sondern um die Qualität gesundheitlicher Versorgung von Patientinnen und Patienten unter alltäglichen Bedingungen (*effectiveness*).

37 | Darstellung nach Pfaff et al. (2011), S. 4.

liegende Arbeit untersucht Bedingungen für eine Subgruppe der Bevölkerung, die weder über eine Krankenversicherung noch über einen Aufenthaltsstatus verfügt und somit nur eine Minderheit der hier lebenden Menschen betrifft. Die Daten werden – einmal durch eine Vollerhebung bundesweit, das andere Mal in drei Bundesländern – erst generiert, bevor eine Analyse erfolgen kann. Bisher vorliegende Studien zum Thema Gesundheitsversorgung von Menschen in aufenthaltsrechtlicher Illegalität in Deutschland haben andere methodische Ansätze und Fragestellungen verfolgt. Durch qualitative Interviews von Betroffenen in verschiedenen Städten wurden Lebenssituationen und individuelle Erfahrungen beleuchtet sowie ein Einblick in Lebenswelten, Strategien und Problemstellungen eröffnet. Sekundäranalysen in jüngerer Zeit haben vor allem quantitative Erfassungen der Alters- bzw. Geschlechterstruktur sowie Erkrankungen der Patientinnen und Patienten von Hilfseinrichtungen wie die Malteser Migranten Medizin oder medizinische Flüchtlingsbüros zum Gegenstand. Dabei werden von Vorneherein nur die Menschen ohne Papiere eingeschlossen, die die Hilfestrukturen der medizinischen Versorgung nutzen.[38] Die vorliegende Arbeit soll trotz einiger Einschränkungen eine Datenlage zur Versorgungssituation schaffen und eine Analyse als Teilaufgabe der Versorgungsforschung ermöglichen.[39] Behandelt diese Untersuchung die Versorgungsrealität auf der Mikroebene des Gesundheitssystems mit Betrachtung der Institution Gesundheitsamt bzw. Krankenhaus, so ist dennoch die Makroebene mit ihren gesetzlichen Rahmenbedingungen in Form von Bundesgesetzen von elementarer Bedeutung. Durch die Ausländergesetzgebung gibt es eine direkte Beziehung zum Versorgungssystem und -konzept der Gesundheitsämter und der Regelungen im medizinischen Notfall, so dass diese einer näheren Betrachtung unterzogen werden. Die Auswirkung politischer Entscheidungen auf Anforderungen an das Versorgungssystem lassen sich z.B. anhand der Entwicklungen auf europäischer Ebene mittelbar nachzeichnen. So hat der Beitritt der osteuropäischen Staaten 2004 und 2007, mit der Entscheidung der deutschen Regierung zum Vorbehalt zur Arbeitnehmerfreizügigkeit, die Patientenstruktur der Hilfsorganisationen, die eine medizinische Betreuung vermitteln oder anbieten, nachhaltig verändert und einen Bedarf aufgezeigt, auf welchen auch Gesundheitsämter hinweisen.[40] Der Ablauf der Übergangsfrist für die Beitrittsstaaten von 2004 und 2007 wird daher vermutlich mit einer erneuten Änderung des Patientinnen- bzw. Patientenpools

38 | Vgl. beispielsweise Castañeda (2009).

39 | Vgl. Janßen et al. (2007), S. 8.

40 | Vgl. Nitschke et al. (2011), S. 752; Vortrag von Holger Dieckmann vom Verein für Innere Mission in Bremen, am 12. Dezember 2013 in Berlin anlässlich einer Fachtagung des Deutschen Roten Kreuzes. Der Verein stellt in Kooperation mit dem Gesundheitsamt Bremen die Clearingstelle der »Humanitären Sprechstunde«.

und mit einer Modellierung der Anforderungen an das Versorgungssystem einhergehen.

Aufgrund der schwer zugänglichen Gruppe der undokumentierten Migrantinnen und Migranten können viele Fragen nicht abschließend geklärt werden. Die Beurteilung des *Outcomes* als entscheidendes Maß für den Nutzen einer gesundheitlichen Versorgung ist aufgrund der Besonderheiten der untersuchten Bevölkerungsgruppe mit der fehlenden Datenlage nicht möglich. Über die Gründe für eine unterschiedliche Inanspruchnahme medizinischer Versorgung kann nur spekuliert und allenfalls können anhand von Literaturanalysen und Einzelberichten Hypothesen aufgestellt werden. Im Fokus der Datenerhebung bleiben daher die Bereiche der Organisation und Gestaltung von Gesundheitsdienstleistungen sowie – mit vielen Einschränkungen versehen – die quantitative Inanspruchnahme.

Theoretische Erklärungsansätze und Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheitsdefiziten bilden eine Grundlage für die Einordnung der Ergebnisse.[41]

1.5 Anmerkungen zu Begriffsverwendungen

1.5.1 Undokumentiert, papierlos, illegal?

In der wissenschaftlichen Literatur sowie im öffentlichen Diskurs existieren viele verschiedene Begriffe für eine Person, die sich ohne eine Aufenthaltserlaubnis in einem Land aufhält, bei den Behörden nicht gemeldet und nicht registriert ist. Wird in Stellungnahmen der Bundesministerien und in Zeitungsberichten sowie im Fernsehen meist der Ausdruck »Illegale« verwendet,[42] sind im angloamerikanischen Sprachgebrauch die Begriffe *undocumented migrants* und *irregular migrants* gebräuchlich.[43] Aus der französischen *Sans-Papier*-Bewegung stammt der Ausdruck »Menschen ohne Papiere«. Im spanischsprachigen Raum findet neben *Sin-Papeles* auch der Begriff *Clandestino* (»Heimliche«) Verwendung. Die unterschiedliche Wortwahl ist eng mit politischen Implikationen verbunden. Von Nichtregierungsorganisationen sowie kirchlich-karitativen Verbänden werden insbesondere die Würde des Menschen betont und dass »kein Mensch illegal« bzw. »kriminell« an sich sei. In Deutschland begehen undokumentierte Migrantinnen und Migranten nach deutschem Recht

41 | Vgl. Borgetto et al. (2007), S. 67.

42 | Vgl. Kovacheva (2010a), S. 22.

43 | Siehe beispielsweise Aichele/Bielefeldt (2007), Bundesministerium des Innern (2007), Castañeda (2009), Deutsches Institut für Menschenrechte (2007), Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM) (2012) u.v.a.

eine Straftat.[44] So wird mit dem Begriff »Illegale« das Verbotene in den Vordergrund gestellt, das Menschsein mit den ihm innewohnenden Menschenrechten gerät in den Hintergrund. In der vorliegenden Arbeit wird dieser Ausdruck daher nicht genutzt, sondern vorwiegend der Begriff aus dem angloamerikanischen Raum, *undocumented migrants*, undokumentierte Migrantinnen und Migranten oder die kürzere Variante »Menschen ohne Papiere« verwendet. Im Zusammenhang mit dem Zugang zur Gesundheitsversorgung werden »Menschen ohne Papiere« von »Menschen ohne Krankenversicherung« abgegrenzt. Durch ihre fehlende behördliche Meldung und nicht definierten Aufenthaltsstatus ist ihre Situation besonders verletzlich und unterscheidet sich von den Zugewanderten, die sich legal in Deutschland aufhalten, wie es in Kapitel 2.4 ausführlich dargestellt wird. Nichtsdestotrotz handelt es sich dabei um eine Verkürzung, die in dieser Arbeit zur Verdeutlichung verwendet wird. Denn »Menschen ohne Papiere« verfügen ebenfalls nicht über eine Krankenversicherung, ihnen fehlt allerdings zusätzlich die Erlaubnis, sich gerade dort aufzuhalten, zu wohnen und zu leben, wo sie es gerade tun.

1.5.2 Gesundheit und Krankheit

Die Studie widmet sich der Frage einer »Gesundheitsversorgung«. Dies schließt die Frage nach der Definition des Begriffs Gesundheit ein. Die Schwierigkeiten einer umfassenden, allgemein gültigen Definition von Gesundheit werden breit diskutiert. Die Definition der Weltgesundheitsorganisation (*World Health Organization*, WHO) von 1948 ist dabei sicherlich die geläufigste: »Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.«[45] In den folgenden Jahrzehnten wurde in der gesundheitswissenschaftlichen Diskussion das Prozesshafte von Gesundheitsempfinden im Gegensatz zum *state* betont. Die Vorstellung von Gesundheit und Krankheit unterliegt gesellschaftlichen Veränderungen: »Gesundheit ist ein gesellschaftlicher Konstitutionsbegriff: Wer im öffentlichen Raum von ihr spricht, bewegt sich in Bezugssystemen [...].« Gesundheit lässt »sich nur begreifen und deuten als Wechselspiel zwischen Faktoren, die im individuellen Organismus (Körper und Bewusstsein) wirksam sind, der Interaktion dieses Organismus mit seinem Umfeld sowie den veränderlichen Herausforderun-

44 | Daher verwenden viele Unterstützerorganisationen in Deutschland auch den Begriff der »Illegalisierten«.

45 | Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

gen durch diese soziale und ökologische Umwelt.«[46] Ergänzend zu den vom Gesundheitswissenschaftler Rainer Steen genannten Faktoren wird in der vorliegenden Arbeit der politisch-rechtliche Sachverhalt in der gesundheitlichen Bedeutung näher betrachtet. Die Gewichtung der bezeichneten Faktoren für die Bedeutung des individuellen Gesundheitsempfindens verschiebt sich in Abhängigkeit des Ausprägungsgrades.

Im Zusammenhang mit dem Tätigkeitsfeld der Gesundheitsämter und der Krankenhäuser wird in der vorliegenden Arbeit der Begriff »Gesundheitsversorgung« im Sinne der sozialrechtlichen Handhabung (Sozialgesetzbuch, SGB), ausgelegt an der ärztlichen Heilbehandlung, verwendet. Der Gesundheitsbegriff und ein »Menschenrecht auf Gesundheit« sind allerdings vielschichtig; die Problematik einer Verengung auf Diagnostik und (medikamentöse) Therapie einer Erkrankung wird daher in dieser Arbeit mit einbezogen.[47]

46 | Steen (2005), S. 14.

47 | Siehe Band 1 der Reihe Frewer/Bielefeldt (2016).

2. Undokumentierte Migration und Zugang zur medizinischen Versorgung

2.1 Wege in die aufenthaltsrechtliche Illegalität

Gesundheit und Krankheit werden beeinflusst von Entwicklungen, die auch die Zusammensetzung undokumentierter Migrantinnen und Migranten nach sozialstrukturellen Merkmalen mit bestimmen. Es handelt sich dabei um keine homogene Gruppe. Migration ist nicht mehr als nur ein Begriff als »konzeptueller Rahmen zur Einordnung ganz unterschiedlicher Phänomene«.[1] Für einen Überblick zu den Ursachen von Migration bietet sich das Modell der »Push- und Pull-Faktoren« an. Trotz aller kritischen Anmerkungen kann das Modell eine Übersicht der komplexen Migrationsursachen geben. Wurde damit ursprünglich in den 1960er Jahren von Everett Lee in Anlehnung an die Gravitationstheorie die Abhängigkeit der Migrationshäufigkeit von der geografischen Entfernung beschrieben, ist das Modell heute wesentlich differenzierter zu fassen, da Mobilität einfacher organisierbar, kostengünstiger und der Zugang zu Informationen für breite Bevölkerungsschichten in vielen Ländern leichter geworden ist.[2] Unter »Push-Faktoren« werden Bedingungen verstanden, die im Herkunftsland zur Emigration zwingen oder in einem weiter gefassten Verständnis des Modells zumindest die Bindung zum Heimatland wesentlich geringer werden lassen. Das können bewaffnete Konflikte bzw. (Bürger-)Kriege sein, staatliche oder nicht staatliche Verfolgung aufgrund der Religion, des Geschlechts oder politischer Überzeugungen. Auch wirtschaftliche Not, der fehlende Zugang zu Arbeit und Nahrung können einen Menschen zur Auswanderung bewegen. Der Bürgerkrieg in Syrien und in den angrenzenden Regionen, der seit 2014 an »Intensität« zugenommen hat, führte und führt zu großen Migrationsbewegungen. Das veränderte Regime gegenüber den Flüchtlingen in den Nachbarländern wie Libanon und Jordanien mit dem Ausschluss vom Arbeitsmarkt sowie die zu geringen Geld-

1 | Marschalck/Wiedl (2001), S. 16.

2 | Vgl. Han (2010), S. 12-13.

mittel des UN-Flüchtlingswerks und anderer Organisationen, die in Flüchtlingscamps z.B. Nahrungsmittel bereitstellen, sind verstärkende Elemente für Migrationen über große Distanzen.[3] Auch Naturkatastrophen wie die Dürre am Horn von Afrika im Jahr 2010 können zusätzlich die Lebensbedingungen verschlechtern mit der Folge großer Migrationsbewegungen. Die »Pull-« oder »Sogfaktoren«[4] sind wiederum die Bedingungen, die zur Einwanderung in das Zielland führen. Beispielsweise können dies in der Umkehr der »Push-Faktoren« politische Stabilität und ein höherer Lebensstandard sein. Die Einreisebedingungen, z.B. eine visumfreie Einreise oder Transportmöglichkeiten durch Schleuserorganisationen, können neben sprachlichen Aspekten Einfluss auf die Migrationsentscheidung nehmen. Darüber hinaus sind soziale Bindungen von herausragender Bedeutung. Menschen aus dem Herkunftsland, die bereits in das Zielland emigriert sind, bieten einen ersten Anlaufpunkt. Migration ist also kein passiver Prozess. Er wird durch die vielfältigen Politiken von Ländern bestimmt, aber eben auch von Migrantinnen und Migranten selbst. Die Migrationsentscheidung kann sowohl in Folge rationaler Erwägungen als auch aus emotionalen Gründen erfolgen. In Deutschland gibt es nicht viele Möglichkeiten der legalen Zuwanderung (s. Kapitel 2.1). Die wesentlichen Gruppen der Zuwandernden sind:[5] 1. Personen aus einem anderen EU-Land (mit den bis zum Ende des Jahres 2013 bestandenen Einschränkungen für die Bürgerinnen und Bürger der Beitrittsländer vom 1. Januar 2007 und noch fortbestehend für Personen aus Kroatien[6]), 2. Asylsuchende bzw. Flüchtlinge, 3. Migrantinnen und Migranten zum Aufenthalt für Studium oder Ausbildung,[7] 4. zum Ehegatten-/Familiennachzug, 5. zur Erwerbstätigkeit und 6. Spätaussiedlerinnen und -aussiedler sowie Familienangehörige vorwiegend aus den Staaten der

3 | Vgl. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) (2015), o.S.

4 | Ebd., S. 13.

5 | Vgl. Bundesministerium des Innern (2011), S. 42.

6 | Ausführlicher dazu s. Kapitel 2.5 Die Einschränkungen beziehen sich auf die Arbeitnehmerfreizügigkeit, wonach Deutschland nach dem »2+3+2-Jahre-Modell« für Bürgerinnen und Bürger aus Rumänien, Bulgarien und Kroatien Übergangsbestimmungen angewandt hat und im Falle Kroatiens noch anwendet.

7 | Insgesamt hat sich die Zahl der sogenannten »Bildungsausländer« in den letzten 20 Jahren von 87.000 auf etwa 219.000 im WS 2013/14 erhöht. Die Hauptherkunftsländer sind inzwischen China, Russische Föderation, Polen und Bulgarien. Es müssen eine anerkannte Hochschulzugangsberechtigung, ausreichende Sprachkenntnisse und der Nachweis ausreichender Mittel für den Lebensunterhalt vorliegen. Die Aufenthaltserlaubnis wird normalerweise für nicht mehr als zwei Jahre erteilt. Seit 2005 besteht auch die Möglichkeit, eine Aufenthaltserlaubnis für eine Ausbildung zu bekommen, wenn nachgewiesen wird, dass kein Nachteil für »Inländer« entsteht. Vgl. Bundesministerium des Innern (2015), S. 65.

ehemaligen Sowjetunion.[8] Wenn von »illegalen Migrantinnen und Migranten« gesprochen wird, können unterschiedliche rechtliche Ausgangslagen für Migrierte gemeint sein:

1. Unerlaubte Einreise:
- Einreise mit gefälschten Dokumenten
- gewollter illegaler Grenzübertritt, selbständig bzw. mit Hilfe einer Schleuserorganisation
- ungewollter illegaler Grenzübertritt als Opfer von Menschenhandel

2. Erlaubte Einreise:
- aus einem visumbefreiten Staat
- mit einem Touristenvisum
- zu Ausbildungszwecken

Migrantinnen und Migranten können bereits unerlaubt einreisen oder nach legaler Einreise ihre Aufenthaltserlaubnis verlieren. Auch nach der Ablehnung eines Asylantrags, der nach erlaubter oder unerlaubter Einreise gestellt worden ist, gelangen Menschen in die aufenthaltsrechtliche Illegalität. Nach Scheidung von der Ehepartnerin/dem Ehepartner mit Aufenthaltserlaubnis oder einer deutschen Staatsangehörigkeit, können Betroffene ebenfalls ihre Aufenthaltserlaubnis verlieren.[9] Kinder können bereits unerlaubt in Deutschland leben, wenn sie hier geboren werden, ohne dass ihre Eltern über eine Aufenthaltserlaubnis verfügen. Anders als beispielsweise in den USA wird in Deutschland die Staatsangehörigkeit des Landes nicht mit der Geburt erlangt.

8 | Hierzu s. Kapitel 2.5.

9 | Eine Heirat allein reicht noch nicht aus, um eine Aufenthaltserlaubnis zu erlangen. Es muss ein Antrag auf Familiennachzug gestellt werden. Umfangreiche und detaillierte Gespräche werden in der deutschen Vertretung im Herkunftsland geführt, um eine Heirat zur Aufenthaltssicherung im Sinne einer »Scheinehe« auszuschließen. Mit dem neuen Zwangsverheiratungsbekämpfungsgesetz von Juni 2011 wird außerdem der Zeitraum verlängert, bevor eine eheunabhängige Aufenthaltserlaubnis erteilt wird. Waren dies zuvor zwei Jahre, sind es nun drei Jahre, in denen eine eheliche Gemeinschaft bestehen muss. So kann die Partnerin/der Partner gezwungen sein, in einer gewalttätigen Ehe zu verbleiben. Nach § 31 AufenthG gibt es zwar besondere Härten, die berücksichtigt werden wie beispielsweise eheliche Gewalt, allerdings scheint sich in der Praxis die Beweiserbringung äußerst schwierig darzustellen und die Härtefallregelungen sehr restriktiv von Ausländerbehörden gehandhabt zu werden. Es besteht die Gefahr, dass in der Praxis nur wenige Gewaltopfer von dieser Regelung Gebrauch machen und ein Verbleib in der Ehe zur Aufenthaltssicherung bevorzugt wird. Vgl. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2011), S. 127, KOK (2011), S. 22 und Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (2011), S. 114.

Es wird vermutet, dass infolge des sogenannten »Schengener Besitzstandes« mit Wegfall der EU-Binnengrenzen vorwiegend Menschen in die aufenthaltsrechtliche Illegalität in Deutschland fallen, nachdem ihr Asylantrag abgelehnt wurde oder sie nach der geltenden Dublin-Verordnung in ein anderes Land abgeschoben werden sollten, sich aber der Abschiebung verweigern.[10] Die Dublin-Verordnungen behandeln u.a. die Zuständigkeiten der EU-Mitgliedsländer für Asylverfahren und sehen vor, dass Asylsuchende in dem Land, das sie zuerst betreten, einen Asylantrag stellen müssen und in keinem anderen EU-Mitgliedsstaat erneut einen Antrag stellen können. Virginia Wangare-Greiner, Mitbegründerin von Maisha e.V., einer Selbsthilfegruppe afrikanischer Frauen in Deutschland, und Sozialarbeiterin am Gesundheitsamt Frankfurt a.M., beschreibt die Wege in die aufenthaltsrechtliche Illegalität ihrer Klientinnen: »Most undocumented women in Germany have at one time held residence papers. For example, some were unsuccessful in the asylum process but fear returning to their countries of origin. Others are resident through marriage but urgently need to leave their abusive husbands [...].«[11] Auch durch Menschenhandel und/oder Zwangsprostitution kann der unerlaubte Aufenthalt entstehen:

»Wie für die Gruppe irregulärer Migranten insgesamt gilt auch für die Betroffenen von Menschenhandel, dass sie häufig mit einem legalen Status (etwa als Touristen) einreisen und erst während ihres Aufenthalts in Deutschland irregulär werden. Die aufenthaltsrechtliche Illegalität erhöht die Verletzlichkeit für Ausbeutung. Menschenhandel findet jedoch ebenso unter [sic!] Fassaden der Legalität statt, etwa in Au-pair-Verhältnissen, bei Haushaltshilfen von Diplomaten, unter dem Deckmantel der Ehe oder von Subunternehmertum und Saisonarbeit.«[12]

Die im Rahmen der vorliegenden Arbeit Interviewten (s. Kap. 3.3) schilderten folgende Wege in die aufenthaltsrechtliche Illegalität: Drei Befragte waren sogenannte *visa-overstayer*; sie hatten ursprünglich ein Touristenvisum, das sie mit der Einreise erhalten hatten, und blieben nach Ablauf der gültigen drei Monate weiterhin in Deutschland. In zwei anderen Fällen kehrten die Interviewten trotz Ablehnung des Asylantrags nicht wieder in ihr Herkunftsland zurück. Legalisierungen fanden durch Heirat und durch Aufnahme eines Studiums statt. Abhängig vom Herkunftsland und der politischen Lage unterscheiden sich die Möglichkeiten, nach Deutschland zu gelangen. So haben

10 | Aktuell ist derzeit die sogenannte »Dublin III«-Verordnung, VO 604/2013 vom 26. Juni 2013, es handelt sich hierbei um eine europarechtliche Verordnung.

11 | Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM) (2010), S. 13.

12 | Follmar-Otto/Rabe (2009), S. 18.

der Irak-Krieg, der Konflikt in Afghanistan und der Bürgerkrieg in Syrien zu einer vermehrten Antragsstellung auf Asyl von Menschen aus diesen Ländern geführt. Die Anerkennungsrate als Flüchtling ist wesentlich höher bzw. das Recht auf Asyl wird zugesprochen oder ein Abschiebungsverbot festgestellt. Hingegen haben Menschen aus beispielsweise Ghana oder Senegal derzeit so gut wie keine Aussichten auf Asylanerkennung, da beide Staaten als sichere Herkunftsstaaten deklariert wurden. Aufgrund der dortigen politischen Situation könne laut Bundesregierung davon ausgegangen werden, dass keine politische Verfolgung stattfinde (Stand: Januar 2016).[13] Aus vielen Staaten Lateinamerikas ist eine Einreise für drei Monate in die Europäische Union ohne Visum möglich.[14] In der Begründung für die Liste der visumpflichtigen und -befreiten Länder ist die Verhinderung der »illegale[n] Einwanderung« ausdrücklich erwähnt.[15] Die Liste der visumbefreiten Staaten umfasst mehr als 30 Länder. Wird in den visumpflichtigen Ländern kein Visum erteilt, reisen Migrierende auch mit gefälschten oder geliehenen Dokumenten ein. Der Grenzübertritt kann damit bereits unerlaubt erfolgen. Diese Form der Einreise spielt für Deutschland mit seiner zentralen Lage innerhalb der Europäischen Union eine inzwischen eher untergeordnete Rolle im Gegensatz zu den Mittelmeeranrainerstaaten.[16] Migrantinnen und Migranten, die einem Abschiebeschutz unterliegen, eine sogenannte »Duldung« besitzen, sind zwar »vollziehbar ausreisepflichtig«, können aber aus unterschiedlichen Gründen derzeit nicht in ihr Heimatland abgeschoben werden. Sie sind bei den Behörden registriert und können Leistungen gefahrlos in Anspruch nehmen. Migrierte aus den neueren EU-Beitrittsstaaten wie Bulgarien und Rumänien können zwar legal nach Deutschland einreisen, durften allerdings bis zum 31.12.2013 – von einigen Ausnahmen abgesehen – keine abhängige Beschäftigung aufnehmen.

---

13 | Siehe hierzu auch die Übersicht der »Sicheren Herkunftsländer« der Europäischen Kommission: http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/what-we-do/policies/european-agenda-migration/background-information/docs/2_eu_safe_countries_of_origin_de.pdf [25.01.2016].

14 | Bolivien z.B. ist allerdings im Juli 2006 laut Verordnung (EG) Nr. 1932/2006 des Europäischen Rates aus der Liste der Länder herausgenommen worden, die von der Visumpflicht befreit sind.

15 | Verordnung (EG) Nr. 539/2001 des Rates vom 15. März 2001: »(5) Die Bestimmung der Drittländer, deren Staatsangehörige der Visumpflicht unterliegen, und der Drittländer, deren Staatsangehörige von dieser Pflicht befreit sind, erfolgt durch eine fallweise gewichtete Bewertung mehrerer Kriterien, die insbesondere die illegale Einwanderung, die öffentliche Ordnung und Sicherheit sowie die Außenbeziehungen der Union zu den Drittländern betreffen; […]«.

16 | Näheres zu Migrationswegen s. Cyrus (2004), S. 15-16 und SVR-Migration (2011), S. 199-205.

Taten sie es trotzdem, handelte es sich um eine unerlaubte, »illegale«, Arbeitstätigkeit bei legalem Aufenthalt. In der vorliegenden Studie stehen die Menschen im Fokus, die – unabhängig von ihren Einreisebedingungen – über keinen legalen Aufenthaltsstatus und keine »Duldung« verfügen. Sie sind also nicht (mehr) behördlich gemeldet und nun »undokumentiert«.

2.2 Umfang undokumentierter Migrantinnen und Migranten

Zum Umfang und zur Alters- sowie Geschlechterstruktur der undokumentierten Migrantinnen und Migranten in Deutschland gibt es inzwischen Schätzungen, deren Berechnungen transparent dargestellt werden. Auch wenn Zahlen dies mitunter suggerieren – die Daten zum Umfang und Beschreibungen zur Sozialstruktur spiegeln keinen Zustand, der statisch über einen längeren Zeitraum bestehen würde. Änderungen in der EU-Politik, die Beitritte weiterer Staaten zur EU und nicht zuletzt politische, ökonomische wie ökologische Veränderungen in den Herkunftsstaaten verändern »Push- und Pullfaktoren« von Migration. Es gibt viele berechtigte Einwände gegen Umfangschätzungen sowohl von strafbaren Aufenthaltsformen in Deutschland als auch zum Zusammenhang, in welchem unterschiedliche Zahlen formuliert werden. Der Soziologe Serhat Karakayali legt eindrücklich dar, mit welchen Intentionen Akteure Daten generieren, um ihre jeweiligen Belange zu unterstreichen. Seien es Wünsche nach mehr Restriktionen durch die »Gefahren« vieler »illegaler« Migrantinnen und Migranten oder ein humanitärer Ansatz, der die Dringlichkeit eines Handlungsbedarfs unterstreichen will.[17] Gegenstand der vorliegenden Arbeit ist der Aspekt des Zugangs zur Gesundheitsversorgung. Daher sollen trotz der Kritikpunkte und Limitationen der Schätzungen die aktuellen Forschungsergebnisse zum Umfang der in Deutschland in aufenthaltsrechtlicher Illegalität lebenden Migrantinnen und Migranten dargestellt werden. Sowohl für die kommunale Arbeit an Gesundheitsämtern und Krankenhäusern als auch in der gesundheitssystemischen Forschung sind Zahlen unerlässlich, um die Notwendigkeit eines strukturellen Ansatzes zu diskutieren und zumindest ungefähre Größenordnungen für relevante Personal- wie auch finanzielle Ressourcen zu entwickeln. In den Städten sind allerdings vermutlich lokale Gegebenheiten von Umfang und Sozialstruktur Betroffener unmittelbar relevanter. Durch die jüngsten Arbeiten von Dita Vogel et al. aus dem Hamburger Weltwirtschaftsinstitut (HWWI) sowie von Dita Vogel und Manuel Aßner für das

17 | Vgl. Karakayali (2008), S. 24.

Europäische Migrationsnetzwerk[18] wurden die Schätzungen zu Umfang und Zusammensetzung Papierloser auf eine solidere und vor allem transparentere Basis als zuvor gestellt:[19] »Sicherlich wird sich die Zahl der Menschen ohne Papiere, wie sie auch genannt werden, nie so genau feststellen lassen wie die Zahl der Menschen, die regulär in Deutschland leben. D.h. aber nicht, dass es keinerlei Datenspuren gibt.«[20] Vogel et al. erheben auf Grundlage der Polizeilichen Kriminalstatistik untere und obere Schätzwerte unter Hinzuziehung von theoretischen Annahmen zu irregulären Wanderungsbewegungen (s. Tab. 1). Die Kriminalstatistik erfasst als einziges Instrument bundesweit Menschen ohne Papiere z.T. wiederholend.[21] Sie registriert u.a. »aufenthaltsrechtliche Straftaten« wie die »unerlaubte Einreise«, »Erschleichen eines Aufenthaltstitel« und »illegaler Aufenthalt«.

Tabelle 1: Untere und obere Schätzwerte des Umfangs undokumentierter Migrantinnen und Migranten in Deutschland

Jahr	Minimaler Schätzwert	Maximaler Schätzwert
2005	280.000	675.000
2006	239.000	559.000
2007	196.000	454.000
2008	183.000	422.000
2009	138.000	330.000
2010	136.000	337.000
2011	139.000	381.000
2012	151.000	414.000
2013	160.000	443.000
2014	182.000	516.000

Quelle: Vogel/Gelbrich (2010), S. 5 und Vogel (2015), S. 6. Die Zahlen sind gerundet.

18 | Das Europäische Migrationsnetzwerk ist 2003 durch die Europäische Kommission eingerichtet worden. Seine Aufgabe besteht in der Erstellung von Berichten zum Thema Asyl und Migration in den Mitgliedsländern der EU. Im Internet unter: www.emn.at/de/ [01.12.2015].

19 | Vgl. Hamburgisches Weltwirtschaftsinstitut (HWWI) (2010). Die Definition der »Menschen ohne Papiere« erfolgt bei Vogel et al. analog der hier verwendeten Begriffsbestimmung, d.h. Asylbewerberinnen/Asylbewerber bzw. Menschen mit einer Duldung sowie Unionsbürgerinnen und -bürger werden nicht miteinbezogen. Vgl. auch Vogel/Aßner (2011), S. 6.

20 | Vogel/Kovacheva (2009), S. 1.

21 | Vgl. Vogel/Aßner (2010), S. 13 sowie Vogel/Gelbrich (2010), S. 3.

Die zuvor sowohl in der wissenschaftlichen Literatur als auch in der politischen Diskussion genannten Größenordnungen von 500.000 bis 1.500.000 undokumentierten Migrantinnen und Migranten in Deutschland können hierdurch abgelöst werden. Es handelt sich zwar immer noch um geschätzte Zahlen mit einer großen Unsicherheit; dennoch kann aufgrund plausibler Annahmen bei transparenter Berechnungsgrundlage zumindest von einer höheren Validität ausgegangen werden. Die Genese der in der wissenschaftlichen Literatur zuvor zirkulierenden Daten ist unbekannt. Auch sind sie inzwischen durch die politischen Entwicklungen mit dem Beitritt osteuropäischer Staaten zur EU obsolet geworden. Die Tabelle 1 zeigt in ihrer Tendenz – bei bestehenden Unsicherheiten – für Deutschland die Abnahme undokumentierter Migration von 2005 bis 2009. Dass durch den EU-Beitritt Polens, der Tschechischen Republik, der Slowakei u.a. im Mai 2004, sowie durch den Beitritt Bulgariens und Rumäniens zum 1. Januar 2007, viele Menschen nicht mehr in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität leben, kann laut Vogel et al. nur eine Erklärung für die Abnahme in den Jahren 2005 und 2007 sein. Die Schätzungen zeigen keinen deutlichen Sprung in der Anzahl; weitere Ursachen müssen dieser wahrscheinlichen Entwicklung zugrunde liegen. Möglicherweise wird sie mitbedingt durch veränderte Rahmenbedingungen wie z.B. eine veränderte ökonomische Situation sowohl im Zielland als auch möglicherweise im Herkunftsland.[22] Verschiedene Indikatoren weisen darauf hin, dass die Zahl der Migrantinnen und Migranten aus den EU-Beitrittsländern von 2004 und 2007 wesentlich höher als die der Menschen ohne Papiere ist.[23] In den Schilderungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gesundheitsämter sowie der Hilfsorganisationen wird auf die problematische rechtliche Konstellation der Zugewanderten aus EU-Beitrittsstaaten im Zugang zur medizinischen Versorgung und ihren wachsenden Anteil hingewiesen.[24]

Bestehen bereits große Unsicherheiten in der quantitativen Abschätzung, so ist bezüglich der Aussagen zur Zusammensetzung der Menschen ohne Papiere in Deutschland noch größere Vorsicht geboten. Die Geschlechterstruktur wurde vom HWWI für die Jahre 2005/2006 anhand der Polizeilichen Kriminalstatistik und der Daten einer Berliner Hilfsorganisation für die medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere abgeschätzt (s. Tab. 2). Dies lässt aufgrund der sehr eingeschränkten Quellenlage nur eine beschränkte Gültigkeit der Schätzwerte zu.[25] Andere Forschungsarbeiten gehen von einer

---

22 | Kovacheva (2010a), S. 19.

23 | Vgl. Vogel/Kovacheva (2009), S. 2.

24 | Vgl. Huschke/Twarowska (2011), S. 55, Malteser Hilfsdienst e.V. Berlin (2011), S. 2, Nitschke (2011), S. 750.

25 | Die zugrunde liegenden Annahmen zur Gewichtung sind demnach, dass Frauen relativ zum Bevölkerungsanteil seltener Straftaten begehen und daher eine seltenere

Unterschätzung des Frauenanteils bei einem Trend zur »Feminisierung« der undokumentierten Migration aus, insbesondere mit Blick auf die Bedeutung von Hausarbeit in Privathaushalten.[26]

Tabelle 2: Obere und untere Schätzwerte der Geschlechterverteilung bei undokumentierten Migrantinnen und Migranten

Geschlecht	Minimaler Schätzwert	Maximaler Schätzwert	Jahr
m	40 %	70 %	2005/2006
w	30 %	60 %	

Quelle: Hamburger Weltwirtschaftsinstitut (HWWI) (2010), S. 3.

Für die Altersverteilung gibt es, ähnlich der Geschlechterverteilung, nur Näherungswerte für die Jahre 2004 und 2006 (Tab. 3). Grundlage bildet für das HWWI erneut die Polizeiliche Kriminalstatistik und darüber hinaus eine Verwertung von Expertenangaben. Hierbei wurden allerdings nicht die Daten von Hilfsorganisationen miteinbezogen.

Kontrolle von Frauen durch die Polizeibeamten stattfindet, wodurch es zu einer weiteren Verschiebung in der Kriminalstatistik kommt. Allerdings arbeiten Frauen häufiger in der Prostitution. Wiederum gibt es wahrscheinlich eine geschlechtsspezifische Verteilung in der illegalen Erwerbstätigkeit. Frauen sind eher im schwach kontrollierten Bereich des Privathaushalts zu finden. Vgl. Kovacheva (2010b), S. 8 und S. 10. In dem Patientenpool der Hilfsorganisationen für medizinische Versorgung kommt es ebenfalls zu einer Verzerrung, da Frauen relativ zum Bevölkerungsanteil in Deutschland häufiger medizinische Unterstützung aufsuchen. Vgl. Robert Koch-Institut/Statistisches Bundesamt (2006c), S. 141 und S. 150. Frauen benötigen durch Schwangerschaft und Geburt häufiger als Männer eine medizinische Versorgung und sind – bedingt durch die vorherrschende Rollenverteilung – häufiger für Kinder- und Altenbetreuung zuständig, was mit einem steigenden Bedarf nach medizinischen Diensten einhergeht. Vgl. Kovacheva (2010b), S. 11 und S. 14.

26 | Vgl. Cyrus (2009), S. 46.

Tabelle 3: Schätzwerte zur Altersverteilung der undokumentierten Migrantinnen und Migranten

Alter	Schätzwert			Jahr
	Minimum	Mittlerer Wert	Maximum	
Kinder	1 %	—	—	**2006**
6-15 Jahre	0,6 %	—	6,9 %	**2008**
Jugendliche/ Erwachsene	—	—	95 %	**2006**
Alte Menschen	4 %	—	—	
20-40 Jahre	—	70 %	—	**2004**

Quelle: Hamburger Weltwirtschaftsinstitut (HWWI) (2010), S. 3,
zu den 6- bis 15-Jährigen: Vogel/Aßner (2010), S. 19.

In den Schätzungen zur Altersverteilung spielten verschiedene Annahmen zur Gewichtung der Daten der Polizeilichen Kriminalstatistik eine Rolle gemäß der Überlegung: »In a situation of limited empirical data, theoretical expectations may give an indication about the distribution of gender and age cohorts among the irregular migrant population«.[27] Eine Annahme ist die, dass es in der Polizeilichen Kriminalstatistik neben einem »gender-« auch einen »age-bias« gibt, da Männer sowie Arbeitstätige bevorzugt Ziele von Kontrollen und somit in der Statistik überpräsentiert sind. Des Weiteren ist Migration altersselektiv. Junge Menschen im arbeitsfähigen Alter sind möglicherweise risikobereiter,[28] weniger durch Kinder gebunden (es gibt noch keine oder sie sind noch sehr jung) und sie haben mehr Flexibilität, sich in einem anderen Land eine neue Lebensgrundlage zu schaffen. Die Möglichkeit zur Arbeitsaufnahme bzw. die Arbeitsfähigkeit könnte ein wichtiger Faktor für irreguläre Migration darstellen. Junge Menschen können stärker von Vertreibung, Krieg etc. bedroht sein und sind daher eher gezwungen zu migrieren. Außerdem sind bei dieser Gruppe die physischen Möglichkeiten zur Migration eher gegeben. Mit der Dauer des Aufenthalts steigt die Möglichkeit, einen Aufenthaltsstatus zu erlangen. Außerdem erfolgt Remigration tendenziell im höheren Alter als die Immigration.[29] Bei eingeschränkter Aussicht auf Legalisierung von Kindern bzw. Familienzuzug ist möglicherweise der Anteil von Kindern ohne Papiere geringer, als in Gesellschaften, die die gesetzlichen Optionen geschaffen haben und somit die Chance zur Legalisierung vorhanden ist. Migrierende

27 | Kovacheva (2010b), S. 7.

28 | Siehe dazu auch Überlegungen zum Healthy-Migrant-Effect, die auf die Altersstruktur einen Einfluss haben können, z.B. Kohls (2011), S. 88 und Kapitel 3.1.

29 | Vgl. Razum/Rohrmann (2002), S. 86.

könnten sich eher entscheiden, Kinder im Herkunftsland zu lassen. Allerdings ist es gerade hinsichtlich älterer Familienangehöriger auch denkbar, dass fehlende Möglichkeiten zum erlaubten Familiennachzug bei fortdauerndem Aufenthalt zu einem zunehmenden Anteil älterer Personen ohne Papiere führt, da ein legaler Aufenthalt nicht möglich ist.[30] Als weitere Unschärfe kommen hier die unterschiedlichen zugrunde liegenden Jahreszahlen hinzu. Es ist denkbar, dass es durch den Beitritt von Bulgarien und Rumänien 2007 zur EU zu einer Verschiebung in der Altersstruktur gekommen ist. Menschen, aus diesen Ländern stammend, die sich zuvor ohne Papiere in Deutschland aufgehalten haben, fallen nun nicht mehr unter die verwendete Definition von »undokumentierten Migrantinnen und Migranten«. Durch die geografische Nähe könnte es zuvor zu einer je nach Arbeitssituation wechselnden Migration sowie Remigration gekommen sein und mit einer denkbaren höheren Rückkehrquote älterer Personen bei mangelnder Aussicht auf den Erhalt einer Aufenthaltserlaubnis. Im Zusammenhang mit den theoretischen Überlegungen zur Altersstruktur sind die in der Tabelle 3 angegebenen Werte mit einer deutlichen Prominenz der Gruppe der 20- bis 40-Jährigen durchaus plausibel.

Grundlegende Überlegungen zur Gesundheitsversorgung und insbesondere ethische Implikationen stehen allerdings nicht unmittelbar im Zusammenhang mit quantitativen Angaben. Warum die Frage nach den Daten trotzdem Berechtigung hat, ist eingangs erwähnt worden.

2.3 Exkurs: Geschichte der Migration im Wandel der *Migration Policies*

Umfang und Ursachen unerlaubter Migration sowie gesundheitliche Ungleichheit sind eng mit der Gesetzgebung zu Aufenthalt und Asyl verwoben. Die Migrationsgeschichte und die Entwicklungen der Gesetzgebung in den letzten 60 Jahren verdeutlichen den Wandel des Konstrukts »Illegalität« und die Prozesse der Illegalisierung von zuvor bzw. parallel gewollter und gewünschter Migration. Irreguläre Migration ist nicht »als in qualitativer Hinsicht invariabel zu betrachten«,

> »sondern als spezifische[s] Vehikel der Regierung der Migration, in dem die Motive, Wege und Machtverhältnisse innerhalb der Migrationsbewegung bearbeitet, d.h. repräsentiert und reguliert werden. [...] War illegale Migration bis zum europaweiten Anwerbestopp aufgrund der beinahe überall in Europa existierenden Möglichkeiten einer nachträglichen Regularisierung eine vorübergehende Phase in den Migrationsbiogra-

30 | Vgl. auch Kovacheva (2010b), S. 8.

fien, so hat sie sich zu einem Leitbegriff der Migrationspolitik auf europäischer Ebene entwickelt.«[31]

Die Problematik einer adäquaten niederschwelligen Gesundheitsversorgung wird mit dem »Normalfall Migration«[32] bzw. der »unerlaubten Migration« als Folge der »*Policies*« in diesem Feld drängend bleiben. Die nationalstaatliche und supranationale Gesetzgebung stellt einen Faktor unter den Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit dar. Die zunehmenden Regularien beeinflussen Aus- und Einwanderungsmöglichkeiten. Besonders deutlich wird dies in der Kommerzialisierung der unerlaubten Einreise (Schleuserorganisationen) und der Inanspruchnahme lebensgefährlicher Einreisewege in die Europäische Union (Schiffsweg von Nordafrika nach Italien, Spanien, Malta). Die Formen der illegalen Einreise haben sich mit dem Wandel der Migrationspoltiken in den letzten Jahrzehnten verändert.

»Illegale Zuwanderung verweist darauf, dass eine Nachfrage nach legalen Einwanderungsmöglichkeiten größer ist als ein bestehendes Angebot. Nicht nur in Deutschland lässt sich ein deutliches Missverhältnis zwischen der Nachfrage und dem Angebot an legalen Zuwanderungsmöglichkeiten feststellen, vor allen in den drei Bereichen Familienzusammenführung, Schutzsuche von Flüchtlingen und Asylbewerbern sowie Arbeitsmigration.«[33]

Von »Migration« wird dabei gesprochen, wenn ein dauerhafter Wohnortwechsel vollzogen wird. Im Zusammenhang dieser Arbeit geht es lediglich um die internationale Migration, die über eine nationalstaatliche Grenze hinweg erfolgt. Die Vereinten Nationen (*United Nations*, UN) empfehlen in ihren überarbeiteten Richtlinien von 1998 zur internationalen statistischen Erfassung einen Mindestzeitraum von einem Jahr, ab der von einer dauerhaften Verlegung des Wohnsitzes und damit von Migration (*long-term migrant*) gesprochen werden kann.[34] In Deutschland hingegen erfolgt die statistische Erfassung der Ein- und Auswanderung auf Grundlage der amtlichen Zu- und Fortzugsstatistik – unabhängig der Aufenthaltsdauer – allein auf Grundlage eines gemeldeten Wohnortwechsels.[35] Asylsuchende finden durch das Ausländerzentral-

31 | Karakayali (2008), S. 181.

32 | Titel von Bade (2004).

33 | Cyrus (2004), S. 12.

34 | United Nations (1998), S. 18.

35 | Ausgenommen von der Meldepflicht des Wohnortwechsels, und die daher nicht mit in der Statistik erfasst werden, sind – neben Angehörigen diplomatischer Vertretungen und den stationierten ausländischen Streitkräften – Personen mit Kurzaufenthalte aus touristischen oder sonstigen Gründen. Saisonarbeitende werden nur zum Teil erfasst.

register grundsätzlich Eingang in die Statistik des Statistischen Bundesamtes unabhängig von ihrer Verweildauer.

Die Migrationsgeschichte und -politik wirken weiterhin bestimmend auf die Zusammensetzung der Migrierten sowie auf die Gefährdungen bei immer schwieriger werdenden Migrationswegen. Sie gestalten die Voraussetzungen, die Menschen mit Migrationswunsch erfüllen müssen, um Wanderungsbewegungen auf sich nehmen zu können. Das Prozesshafte von »Illegalität« wird deutlich in den politischen und rechtlichen Entwicklungen:

Nach Ende des Zweiten Weltkrieges bildeten in den alliierten Besatzungszonen den Hauptteil der Zugewanderten zahlenmäßig vor allem noch die Zwangsarbeiterinnen und -arbeiter, die die größte Gruppe der *Displaced Persons* mit noch geschätzten acht bis zehn Millionen darstellten. Freiwillige und Zwangszuwanderung hatten allerdings bereits in den Jahrzehnten zuvor stattgefunden, beispielsweise in Form von saisonaler Landarbeit und der vielen Millionen Zwangsarbeiterinnen und Zwangsarbeiter, die während des Zweiten Weltkrieges vor allem in der deutschen Industrie eingesetzt worden waren. In den Nachkriegsjahren kamen vorwiegend Aussiedlerinnen und Aussiedler sowie Flüchtlinge aus den östlichen Gebieten des Deutschen Reiches aus ehemaligen Siedlungsgebieten in die BRD. 1960 stellten sie etwa jede vierte Einwohnerin/jeden vierten Einwohner. Vielfach konnte dadurch der wachsenden Nachfrage nach Arbeitskräften Genüge getan werden. Bedingt durch Landflucht und Arbeitsbedingungen sind aber bereits vor dem ersten Anwerbeabkommen 1955 Migrantinnen und Migranten mit anderer Staatsangehörigkeit z.B. in der Landwirtschaft beschäftigt worden. Hintergrund war der massive Anstieg der Wachstumsrate der deutschen Wirtschaft nach der Währungsreform und durch die amerikanische Aufbauhilfe in Form des Marshallplans. So sank die Arbeitslosenquote trotz der Bevölkerungszunahme innerhalb von zehn Jahren nach Gründung der BRD auf unter 3 % und erreichte damit definitorisch Vollbeschäftigung. Um einen massiven Lohnanstieg zu verhindern und Investitionen in den Produktionsprozess aufzuschieben, meldete die Arbeitgeberschaft Bedarf an ausländischen Arbeitskräften an, die als mobile Arbeitskräfte eingesetzt werden sollten.[36] Längere Ausbildungszeiten, die geburtenschwachen Jahrgänge des Krieges und der Bau der Mauer, der den steten Zustrom an Flüchtlingen zum Versiegen brachte, trugen ebenfalls zu

36 | Die Familienpolitik der BRD wollte dezidiert nicht Frauen vermehrt zur Erwerbstätigkeit heranziehen. Der Familienminister Franz-Josef Würmeling (CDU) beschrieb 1954 die Rolle der Frau wie folgt: »In Ehe und Familie findet das Wesen der Frau die volle Erfüllung, Vollendung und Krönung.« Zitiert nach Schmidt-Linsenhoff (1981), S. 123. In Kalkulationen wurde eine Förderung der Erwerbstätigkeit von Frauen zudem als zu teuer bezeichnet, da kürzere Arbeitszeiten und Kinderbetreuungseinrichtungen notwendig werden würden. Vgl. Karakayali (2008), S. 101.

einem ansteigenden Arbeitskräftebedarf bei.[37] Die Entwicklungen mündeten nach dem ersten Anwerbeabkommen 1955 zuerst mit Italien schließlich in weitere Abkommen mit den anderen Mittelmeeranrainerstaaten.[38] So kamen in den Jahren von 1968 bis 1971 noch einmal so viele Gastarbeiterinnen und Gastarbeiter nach Deutschland wie in der gesamten Zeit zuvor.[39] Neben dieser gezielten Anwerbung über die Bundesanstalt für Arbeit reisten Migrierende mit einem Touristenvisum oder unerlaubt ein, die mit einem Arbeitsplatz nachträglich eine Arbeitserlaubnis erhielten. Das Bundeskriminalamt schätzte 1963, dass auf zehn bis 20 reguläre Migrantinnen und Migranten eine Person ohne Papiere käme.[40] Karakayali weist in dem Zusammenhang auf die Begriffsverwendung hin. Findet ab 1964 die mediale Thematisierung von unerlaubter Migration statt, wird noch von Migrantinnen und Migranten berichtet, die »auf eigene Faust« nach Deutschland gereist sind. Ab 1965 wird die illegale Migration nur noch in den Kontext von Menschen- und Sklavenhandel gesetzt. Im gleichen Jahr beschloss die Innenministerkonferenz die Zurückweisung »der Illegalen«.[41] Mit dem Einsetzen der Rezession und erstmalig negativen Wachstumsraten 1967 begann die politische Diskussion um die »Gastarbeiter«. Diskutiert wurden vor allem die negativen Auswirkungen für die deutsche Wirtschaft im Sinne eines Modernisierungsdefizits, da durch die ausländischen Beschäftigten Stellen im Niedriglohnsektor bestehen blieben, die eine Rationalisierung des Produktionsablaufs in den Betrieben verhinderte. Zunehmend deutlich wurde zu diesem Zeitpunkt die Fehleinschätzung der Verweildauer der »Gastarbeiter«. War die Regierung von einem zeitlich sehr begrenzten Aufenthalt in der BRD ausgegangen, zeigte sich schon Mitte der 1960er Jahre ein Anstieg der Aufenthaltsdauer, was der Vorstellung der

37 | Herbert (2003), S. 208.

38 | Es folgten nach dem Vorbild des Anwerbeabkommens mit Italien entsprechende Abkommen mit Griechenland und Spanien 1960, 1961 mit der Türkei, mit Portugal 1964 und zuletzt mit Jugoslawien im Oktober 1968. Näheres hierzu siehe beispielsweise Herbert (2003) und Karakayali (2008). Nur Italien gehörte in diesem Zeitraum der EWG an, in der im Prinzip eine Arbeitnehmerfreizügigkeit galt. Die Arbeitnehmerrechte für dessen Staatsangehörige wurden sukzessive in den ersten beiden Jahrzehnten nach Gründung der BRD den Rechten der einheimischen Arbeitnehmenden angeglichen.

39 | Karakayali (2008), S. 133. Durch diesen alternativen Zugriff auf Arbeitskräfte konnten im Niedriglohnsektor Lohnsteigerungen vermieden werden. Lohndumping konnten die Gewerkschaften allerdings verhindern, ihrer Forderung nach sozialpolitischer Gleichstellung wurde weitgehend entsprochen. Tarifliche Vereinbarungen galten auch für die ausländischen Arbeitskräfte. Vgl. Herbert (2003), S. 205.

40 | Vgl. Karakayali (2008), S. 111.

41 | Ebd., S. 113.

mobilen und flexiblen Einsatzkraft der Zugewanderten widersprach.[42] Diese Entwicklung in der öffentlichen Diskussion machte erneut ein sehr mechanistisches Bild von »dem Migranten« als »Arbeitsware« ohne soziales Gefüge und individuelle Wünsche deutlich. Karakayali beschreibt diesen Zusammenhang: »Migration ist nicht kontrollierbar, weil die Ware Arbeitskraft einen spezifischen Unterschied zu allen anderen Waren aufweist. Die Träger der Ware, hier die MigrantInnen, lassen sich nicht auf genau diese Funktion reduzieren, oder anders gesagt: Der Migrant ist kein homo oeconomicus.«[43] Doch trotz der Entwicklungen und veränderten Lebensumstände nahm im Zuge des erneuten wirtschaftlichen Aufschwungs die Zahl der ausländischen Beschäftigten ab 1968 bis zum »Anwerbestopp« 1973 massiv zu. Die ausländische Wohnbevölkerung allerdings wächst durch Familiennachzug und Geburten auch in den späten 70er Jahren weiter an. Es verändert sich die Zusammensetzung der Angeworbenen nach Herkunftsländern und Altersstruktur. Waren zu Anfang vor allem Menschen aus Italien nach Deutschland gekommen, bilden seit 1971 Migrantinnen und Migranten mit türkischer Staatsangehörigkeit die größte nationale Gruppe.[44] Es kam zu einer Verjüngung innerhalb der Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit.

»[...] ins Zentrum der Aufmerksamkeit rückten dagegen einesteils die Familienmigration und andernteils die Migration über das Asylrecht, die beide in den 1970er Jahren stark zunehmen. Das Terrain, auf dem sie angesiedelt waren und die neuen Formen der Migrationspolitik, die sie implizierten, veränderten das Gesicht des Migrationsregimes nachhaltig von einem »ökonomischen Regieren«, das nicht zuletzt in der Vorstellung vom Abstellen des Migrationszuflusses durch den Anwerbestopp seinen Niederschlag fand, hin zu einer komplexen »Governance« auf dem Feld der Sozialpolitik und der Verwaltungspraxis. In der Auseinandersetzung traten die ökonomischen Argumente in den Hintergrund gegenüber einer menschenrechtlichen Argumentationsmatrix, deren institutionelle Basis das Asylrecht war.«[45]

Bis 1965 galten in der BRD die ausländerrechtlichen Regelungen der Vorkriegszeit. Nach dem Inkrafttreten des Grundgesetzes 1949 waren dies die Bestimmungen des Gesetzes über das Pass-, Ausländerpolizei- und Meldewesen, sowie die Ausländerpolizeiverordnung von 1938. Das neue Ausländergesetz von 1965 beinhaltete ein rigides Arbeits- und Aufenthaltsrecht für ausländische Be-

42 | Herbert (2003), S. 218.

43 | Karakayali (2008), S. 152.

44 | Vgl. Herbert (2003), S. 201.

45 | Ebd., S. 168.

schäftigte aus Nicht-EWG-Staaten,[46] was den Ausländerbehörden eine weitgehende Steuerung der Anwerbung von Ausländern ermöglichte. Festgeschrieben war hier auch die Bestimmung des vorübergehenden Aufenthalts in der BRD. Für ein Jahr wurde Aufenthalt gewährt und eine Verlängerung konnte nur erteilt werden, wenn »die Belange der Bundesrepublik Deutschland nicht beeinträchtigt« wurden.[47] Da es entgegen den Plänen der Arbeitgeberschaft und der Bundesregierung zu einer Zunahme der Aufenthaltsdauer und der ausländischen Wohnbevölkerung kam, wurde in den folgenden Jahrzehnten sukzessive der Familiennachzug beschränkt bzw. wurden die Anforderungen erhöht, was dann im Wesentlichen von dem 1990 in Kraft getretenen Ausländergesetz (AuslG) übernommen worden ist.[48] Im Zusammenhang mit dem Anstieg der Arbeitslosigkeit wurde die verschärfte Verfolgung des illegalen Aufenthalts als öffentliches Interesse deklariert. Nachträgliche Legalisierungen von mit Touristenvisum oder auf anderem Wege Eingereisten fanden in den anfänglichen 1970er Jahren ihr Ende.[49] In diesen Jahren nahm außerdem die Zahl der Asylsuchenden bis auf einen Höchststand im Jahr 1980 zu. Anschließend erfolgte eine erneute deutliche Zunahme bis zur Grundgesetzänderung des §16 GG im Jahr 1993 von 8.000 Anträgen 1974 auf etwa 514.000 im Jahr 1993.[50] Befördert durch die geringen Anerkennungsraten und ab 1974 durch die offizielle Zulassung zum Arbeitsmarkt erst ein Jahr nach Antragsstellung, wurde zunehmend ein Asylmissbrauch öffentlich diskutiert. Es wurden sowohl Leistungen für Asylbewerberinnen und Asylbewerber maßgeblich reduziert als auch sukzessive Hürden zur Antragsstellung eingeführt.[51] In Fol-

46 | Mitglieder der EWG waren 1965: Belgien, BRD, Frankreich, Italien, Luxemburg und die Niederlande. Die Herkunftsländer der angeworbenen Arbeitskräfte waren mit Ausnahme Italiens nicht Mitglieder der EWG.

47 | Vgl. Herbert (2003), S. 212, § 2 AuslG.

48 | Vgl. Karakayali (2008), S. 160-163.

49 | Ebd., S. 139-147.

50 | Vgl. Herbert (2003), S. 263-265 und Bundesministerium des Innern (2011), S. 113. Die Zahl der Asylanträge sagt allerdings nichts über die Anzahl der Menschen aus, die als Asylberechtigte anerkannt worden sind. Auch unterscheidet sich der Umgang mit abgelehnten Asylbewerberinnen und -bewerbern in der Geschichte der BRD deutlich. So wurde beispielsweise in den 1970er Jahren trotz hoher Ablehnungsquoten kaum tatsächlich abgeschoben. Seit 1993 haben »sonstige Verfahrenserledigungen« zugenommen, was zumeist bedeutet, dass Antragsstellende aus sogenannten »sicheren Drittstaaten« stammen, in die sie zurückkehren müssen.

51 | Dazu gehören die Verschärfung von Visabestimmungen, die Einschränkung der Herkunftsländer, in denen keine missbräuchliche Absicht unterstellt wurde sowie eine Vielzahl an Veränderungen der Lebensbedingungen der Antragsstellenden in Deutschland. Vgl. Karakayali (2008), S. 169-173.

ge einer deutlichen Einschränkung der legalen Form der Zuwanderung zur damals noch legitimen Arbeitsaufnahme, wurden neue Wege der Zuwanderung gesucht. Die Verwaltungen und politischen Entscheidungsträger reagierten auf die neuen Entwicklungen meist mit restriktiveren Bestimmungen, um Migration nach Deutschland zu verhindern. Zur Unterbindung der sogenannten »Heiratsmigrationen«[52] wurde das bis 1969 sehr liberale Staatsangehörigkeitsgesetz sukzessive verschärft. Kriterien und Indizien für eine »Schein-Ehe« wurden festgelegt sowie Mindestaufenthaltszeiten und eine Visumspflicht.[53] Auch wurde der Sichtvermerkszwang insbesondere in den Jahren 1980 bis 1989[54] für Einreisende aus immer mehr Herkunftsländern ausgedehnt, um weitere Migration nach Deutschland zu verhindern. Das Asylrecht, das vor allem in Folge der Erfahrungen des Unrechts während der politischen Herrschaft des Nationalsozialismus im Grundgesetz verankert worden war, erfuhr mit Verweis auf den Anstieg der Asylbewerberzahlen in den 1980er Jahren[55] im Jahr 1993 massive Einschnitte. Inzwischen hat daher die Genfer Flüchtlingskonvention eine zentrale Rolle in der Zuerkennung eines Schutzstatus. Trotz des für Asylbewerberinnen und -bewerber geltenden Arbeitsverbots im ersten Jahr und des grundsätzlichen Vorrangs von Inländern bei der Arbeitssuche, wurden medial und politisch verstärkt Konkurrenz- bzw. Sozialängste geschürt mit dem Begriff des »Asylmissbrauchs«.[56] Im Zuge der Zunahme fremdenfeindlicher Übergriffe und Mordanschläge auf Zugewanderte wurde die Lösung aus dem sogenannten »Staatsnotstand« in der Grundgesetzänderung des §16 GG gesehen. Der »Asylkompromiss«, der 1993 in Kraft trat, brachte einschneidende Veränderungen in die Asylmigration. Durch die »Drittstaatenregelung« erklärt sich Deutschland nur noch für über den Luftweg eingereiste Asylsuchende zuständig. Gleichzeitig hat das eingeführte Flughafenverfahren mit Hafträumen im Transitbereich zu einer weiteren Verschärfung des Asylverfahrens geführt.[57] Auch wenn Antragsstellende aus »sicheren Herkunftsstaaten« stammen, wird das Asylbegehren in der Regel abgelehnt.[58] In den

52 | Gemeint sind Eheschließungen, aus dem alleinigen Grund, eine Aufenthaltserlaubnis zu erhalten.

53 | Vgl. Karakayali (2008), S. 160-165 und Conring (2002), S. 57-63.

54 | Siehe Neunte bis Siebzehnte Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Durchführung des Ausländergesetzes.

55 | Die Zahl der Asylanträge halbierte sich 1981, nahm bis 1983 noch weiter ab, um seitdem bis auf eine Ausnahme kontinuierlich anzusteigen.

56 | Vgl. Bade/Oltmer (2004), S. 86-87 und Herbert (2003), S. 308-315.

57 | Vgl. Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (SVR-Migration) (2011), S. 164.

58 | Der Asylantrag »ist als offensichtlich unbegründet abzulehnen, es sei denn, die von dem Ausländer angegebenen Tatsachen oder Beweismittel begründen die Annahme, dass

Folgejahren sank, allerdings nur allmählich, doch kontinuierlich, die Zahl der Antragstellungen. Die Anerkennung als Asylberechtigte nach §16 GG hat in Folge der Gesetzesänderung stark an Bedeutung verloren.[59] Die niedrigen Anerkennungsquoten stehen vermutlich in engem Zusammenhang mit dem in den 1990er Jahren geschätzten Anstieg der sich ohne Aufenthaltserlaubnis in Deutschland Aufhaltenden.[60] Der Flüchtlingsschutz nach der Genfer Flüchtlingskonvention (GFK) und der subsidiäre Schutz nehmen in ihrer Relevanz seitdem erheblich zu. Flüchtlinge dürfen nicht in ihr Herkunftsland abgeschoben werden, wenn dort aufgrund »ihrer Rasse, Religion, Staatsangehörigkeit oder Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung«[61] ihr Leben oder ihre Freiheit bedroht ist. Zuletzt wurde insbesondere Flüchtlingen aus Syrien und Irak nach der GFK Schutz in Deutschland gewährt. Insgesamt bleibt der Anteil derjenigen, welchen Aufenthalt gewährt wird, nach wie vor gering. Für die betroffenen Migrantinnen und Migranten entscheiden sich durch die Dauer der Antragsbearbeitung und der Form des gewährten Schutzes der Zugang zum Arbeitsmarkt und die Breite der medizinischen Versorgung. Beides sind erhebliche Faktoren, die Krankheit und Gesundheit beeinflussen. Die starke Zunahme an Asylsuchenden im Jahr 2015 hat zu weiteren Gesetzesverschärfungen geführt, die die zugestandenen Leistungen für Asylbewerberinnen und -bewerber betreffen. Diese Restriktionen betreffen auch den Umfang der Gesundheitsversorgung.[62]

Änderungen im Staatsangehörigkeitsgesetz ermöglichen Migrantinnen und Migranten seit 1993 unter bestimmten Anforderungen den Anspruch auf Einbürgerung. Eine weitere Reform im Jahr 2000 verabschiedete sich schließlich ganz vom Prinzip »*ius sanguinis*«, dem Vererbungsprinzip von Staatsangehörigkeit, und schafft die Möglichkeit, dass Kinder ausländischer Eltern die deutsche Staatsangehörigkeit erhalten können, wenn ein Eltern-

ihm abweichend von der allgemeinen Lage im Herkunftsstaat politische Verfolgung droht.« § 29a Asylverfahrensgesetz.

59 | Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2011), S. 48. Die »formellen Entscheidungen« bestehen überwiegend aus Übernahmeanträgen, da nach dem Dublin-Verfahren ein anderes Mitgliedsland der EU als zuständig gilt.

60 | 2013 lag z.B. die Anerkennungsquote nach dem GG und dem GFK bei 13,5 %, subsidiärer Schutz oder ein Abschiebungsverbot wurde bei weiteren 11,4 % der Asylantragsstellenden festgestellt. Insgesamt wurden in dem Jahr über 80.978 Anträge entschieden. Vgl. Bundesministerium des Innern (2015), S. 80-81.

61 | Genfer Flüchtlingskonvention vom 28. Juli 1951 (BGBl. II S. 619), Artikel 33.

62 | Zum 24. Oktober 2015 wurde im Rahmen des Asylverfahrensbeschleunigungsgesetzes u.a. das Asylbewerberleistungsgesetz geändert, dass insbesondere für Papierlose eine weitere Reduktion der zugestandenen ärztlichen Versorgung vorsieht.

teil seit mindestens acht Jahren legal und dauerhaft in Deutschland lebt.[63] Für Neugeborene von Schwangeren ohne Aufenthaltserlaubnis kann diese Gesetzesänderung wichtige Konsequenzen haben, wenn der Vater einen legalen Aufenthaltsstatus besitzt. Kinderbetreuung, Bildung und medizinische Regelversorgung sind dann ohne Hürden zugänglich. Die Regelungen für die sogenannten »Spätaussiedler«, vorwiegend aus dem Gebiet der ehemaligen Sowjetunion, wurden 1992 reformiert.[64] In den Jahren 1950 bis 1987 kamen 1,4 Millionen Aussiedler, vorwiegend aus Polen und Rumänien nach Deutschland, die eine deutsche »Volkszugehörigkeit« besaßen und denen ein »Kriegsfolgenschicksal« unterstellt worden ist. Die Zahl stieg Ende der 1980er Jahre jährlich weiter an.[65] Durch die neuen gesetzlichen Regelungen in den 1990er Jahren und die Regelungen für den Familiennachzug von 2005 nahm die Zahl der Zuwanderung in der Folge stark ab. Wer nun nach dem 31.12.1992 geboren worden ist, gilt nicht mehr als »Spätaussiedler«, womit ein allmähliches Auslaufen der Regelung und des Zuzugs beschlossen worden ist.[66] Seit den 1980er Jahren werden die Migrationspolitiken mit der Unterzeichnung des Schengener Abkommens zunehmend durch die gemeinsame Politik der europäischen Staaten mitbestimmt.[67] Die unterschiedlichen Kolonial- und Migrationsgeschichten der Mitgliedsstaaten der EU bedingen heterogene nationale Migrationskonzepte bzw. »*Governance*« der Einwanderungen.[68] Die bisherige Ausweitung der europäischen Kompetenzen und einer gemeinsam getragenen Politik betreffen vorwiegend die Maßnahmen im Asylbereich und die Bekämpfung irregulärer Migration: »Illegale Migration« und ihre Bekämpfung mit »grenzpolizeilicher Zusammenarbeit«[69] sind der Konsensrahmen, in dem

---

63 | Vgl. Bade/Oltmer (2004), S. 129.

64 | Siehe Kriegsfolgenbereinigungsgesetz (KfbG).

65 | Die Zahl stieg bis auf 397.000 Aussiedler im Jahr 1990. Vgl. Özcan (2007), S. 2.

66 | Die Auswanderungswilligen müssen ab dem 31.12.1992 eine fortwirkende Benachteiligung aufgrund ihrer Volkszugehörigkeit nachweisen. Da dies regelhaft noch für die Nachfolgestaaten der Sowjetunion (mit Ausnahme der baltischen Staaten) angenommen wird, gelangen Spätaussiedlerinnen und -aussiedler fast ausschließlich nur noch aus diesem Raum nach Deutschland. Zusätzlich werden seit 1997 grundlegende Kenntnisse der deutschen Sprache kontrolliert.

67 | Gemeinsame Politik fand zunächst auf intergouvernementaler Ebene statt.

68 | Länder wie Belgien und Frankreich sind bedingt durch ihre Kolonialgeschichte bereits seit dem frühen 20. Jahrhundert Einwanderungsländer, wo hingegen in den Mittelmeeranrainerstaaten lange Zeit Auswanderungen die Migrationsgeschichte dominiert haben. Die Politik in Österreich und Deutschland war insbesondere in der Zeit der »Gastarbeiter« von der Vorstellung geprägt, die Migrantinnen und Migranten kämen nur für ein bis zwei Jahre ins Land.

69 | Lavenex (2009), S. 1-2.

die Widersprüche der Migrationspolitiken der Mitgliedsstaaten als »vereinheitlichter Begriff zur Harmonisierung der europäischen Migrationspolitik«[70] dienen können. Zumindest galt dieser Konsens bis Anfang des Jahres 2015, bevor die Zunahme Geflüchteter in der EU zu einem Dissens bezüglich der gemeinsamen Politik führte. Mit dem Vertrag von Amsterdam, der 1999 in Kraft trat, wurde der Schengener Besitzstand mit aufgenommen und Kompetenzen an die europäischen Institutionen verlagert. Eine Reihe von Richtlinien und Verordnungen im ersten Jahrzehnt des 21. Jahrhunderts streben eine stärkere Harmonisierung der Asylanerkennung, des -verfahrens und die Rechte von Drittstaatsangehörigen in den Mitgliedsländern an. Der Vertrag von Lissabon formuliert in Art. 79 das Ziel, eine gemeinsame Einwanderungspolitik zu entwickeln. Davon ist die EU allerdings nun noch umso weiter entfernt.[71]

Diese Entwicklungen beeinflussen den Umfang »unerlaubter Migration«, die Wege der Zuwanderung und vermutlich die Krankheitslast, mit der Migrierte in Deutschland ankommen. Zudem können Freunde, Bekannte und Verwandte ausschlaggebender Faktor in der Wahl des Ziellandes werden, und Migrantinnen und Migranten wählen alternativ die unerlaubte Einreise und den unerlaubten Aufenthalt in Folge der Restriktionen in der deutschen Gesetzgebung. [72]

2.4 Rechtlicher Rahmen des Zugangs zur medizinischen Versorgung

> »[…] the greatest danger may lie in wider macro-policies that hide the negative health impacts, because they are not seen as health related […].«
> Whitehead/Dahlgren, 2006[73]

Mit dem Inkrafttreten der neuen Einwanderungsgesetzgebung 2005 finden sich die relevanten Bestimmungen, die für den Zugang zur Gesundheitsversorgung undokumentierter Migrantinnen und Migranten entscheidend sind, im Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) und dem neuen Aufenthaltsgesetz

70 | Karakayali (2008), S. 182.

71 | Näheres zur EU-Migrationspolitik siehe z.B. Lavenex (2009), Bendel (2006), Düvell (2009), Parusel (2010). Zu den Entwicklungen der Asyl-Politik der EU in den Jahren 2015 und 2016 siehe z.B. die Stellungnahmen und Pressemitteilungen der Europäischen Kommission: http://europa.eu/rapid/press-release_IP-16-65_de.htm [24.01.2016].

72 | Vgl. Cyrus (2004), S. 12.

73 | Whitehead/Dahlgren (2006), S. 19.

(AufenthG). Im Zentrum der Kritik und der Aufmerksamkeit steht dabei insbesondere der § 87 AufenthG (»Übermittlungspflicht«).

Das AsylbLG regelt den Umfang der zu erbringenden Leistungen, das nicht nur dem Namen nach für Asylbewerberinnen und -bewerber, sondern auch für Personen mit einer Duldung[74] und nicht registrierte Migrantinnen und Migranten ohne Aufenthaltsstatus gilt (§ 1 AsylbLG).[75] Der Anspruch auf medizinische Versorgung umfasst Schmerzzustände und akute Erkrankungen (die also auch ohne Schmerzen einhergehen dürfen, um als behandlungswürdig zu gelten), Schwangerschaft, Geburt und Schutzimpfungen sowie weitere Vorsorgeuntersuchungen (§ 4 AsylbLG).[76] Was zunächst recht umfassend erscheint, zeigt bei genauerer Betrachtung allerdings deutliche Einschränkungen im Leistungsumfang im Vergleich zu den Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV). Neben der Zahnversorgung gilt dies insbesondere für den Bereich chronischer Erkrankungen. Diese werden durch § 4 AsylbLG nur insofern abgedeckt, soweit sie bei Schmerzzuständen als behandlungsbedürftig gelten.[77] § 6 AsylbLG ermöglicht zwar noch die Kostenübernahme für »sonstige Leistungen«, die zur Erhaltung der Gesundheit unerlässlich sind; dies allerdings nur im Einzelfall. Mit der Änderung des AsylbLG im Oktober 2015 wurden die Leistungen weiter eingeschränkt. »Vollziehbar« Ausreisepflichtige, also undokumentierte Migrantinnen und Migranten, haben u.a. keinen Anspruch mehr auf Einzelfallleistungen (§ 6 AsylbLG). Ab wann eine Kostenübernahme von Behandlungen chronischer Erkrankungen ohne akuten Schmerzzustand nach dem AsylbLG vorgesehen ist, bleibt umstritten. So ist beispielsweise die HIV-Infektion eine chronische Erkrankung, die nicht mit akuten Schmerzen einhergehen muss, doch kann fehlende rechtzeitige Medi-

74 | Eine Duldung entspricht allerdings nicht einem legalen Aufenthaltsstatus, Personen mit einer Duldung sind weiterhin ausreisepflichtig.

75 | § 1 AsylbLG: »(1) Leistungsberechtigt nach diesem Gesetz sind Ausländer, die sich tatsächlich im Bundesgebiet aufhalten und die […] 5. vollziehbar ausreisepflichtig sind, auch wenn eine Abschiebungsandrohung noch nicht oder nicht mehr vollziehbar ist.«

76 | § 4 AsylbLG: »(1) Zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewähren. Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist. (2) Werdenden Müttern und Wöchnerinnen sind ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel zu gewähren. (3) Die zuständige Behörde stellt die ärztliche und zahnärztliche Versorgung einschließlich der amtlich empfohlenen Schutzimpfungen und medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen sicher.«

77 | Vgl. Gerdsmeier (2010), S. 168-169.

kation zu akuten Folgeerkrankungen wie Pilzbefall des Nasen-Rachen-Raums, Befall der Lunge oder des Gehirns mit fatalen Folgen für die Betroffenen führen. Georg Classen vom Flüchtlingsrat Berlin, der sich langjährig mit Aufenthaltsrecht und Sozialleistungen beschäftigt hat, kommt zu dem Schluss, dass eine Kostenübernahme nach § 6 AsylbLG auch in diesen Fällen zu erfolgen hat, wenn die Behandlung zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich ist.[78] Allerdings weist er darauf hin, dass die zuständigen Entscheidungsträger oft nicht über ausreichende Kenntnisse zur Rechtslage verfügen. Zudem hat es sich in der Vergangenheit als problematisch erwiesen, dass Interessenkollisionen zwischen dem Wunsch nach restriktiver Auslegung bzw. Budgetierung medizinischer Untersuchungen einerseits und der notwendigen objektiven Beurteilung andererseits bestanden.[79] Der § 6 AsylbLG bildete bei Asylbewerberinnen und -bewerbern in der Vergangenheit z.B. die gesetzliche Grundlage, um die Kostenübernahmen von Psychotherapien sicherzustellen. In Niedersachsen wurden die anspruchsberechtigten Leistungen nach AsylbLG für Papierlose von der dortigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZVN) noch restriktiver ausgelegt. Im Zuge der Gestaltung eines »anonymen Krankenscheins« – von der dortigen Landesregierung zunächst als Modellprojekt in Göttingen und Hannover geplant – wurde der Leistungsumfang, der mit diesem Krankenschein von den Ärztinnen und Ärzten abgerechnet werden kann mit den verschiedenen Akteuren diskutiert. Die KZVN legte im Zuge dessen § 1a (1) AsylbLG zugrunde und rechnete damit Menschen ohne Papiere zu den Personen, »die sich in den Geltungsbereich dieses Gesetzes begeben haben, um Leistungen nach diesem Gesetz zu erlangen«. Sie sollen daher nur »Leistungen nach diesem Gesetz« erhalten, »soweit dies im Einzelfall nach den Umständen unabweisbar geboten ist.«[80] Unabhängig von der Diskussion, über den durch das AsylbLG vorgesehenen Leistungsumfang, konnten bisher Leistungen des AsylbLG von undokumentierten Migrantinnen und Migranten faktisch nicht genutzt werden. Die laut Aufenthaltsgesetz für öffentliche Stellen bestehende Übermittlungspflicht blockiert die Wahrnehmung auch reduzierter Leistungen, denn in diesem Fall muss mit der Weitergabe der Daten an die zuständige Ausländerbehörde und in der Folge mit einer Abschiebung (§ 87

78 | Vgl. Classen (2010), S. 8.

79 | Vgl. ebd., S. 6.

80 | Siehe den Entschluss des niedersächsischen Landtags vom 18.12.2014, Drucksache 17/2621. Darin fordert der Landtag die Landesregierung u.a. dazu auf: »Für Menschen ohne definierten Aufenthaltsstatus im Rahmen eines Modellversuchs einen ›Anonymen Krankenschein‹ in Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung und der medizinischen Flüchtlingshilfe in Hannover und Göttingen einzuführen, der diesem Personenkreis die Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung ermöglicht, ohne dabei negative Konsequenzen fürchten zu müssen.«

AufenthG) gerechnet werden. Praktisch bedeutet dies im Krankheitsfall, dass bei elektiven Untersuchungen im Falle der Unmöglichkeit der Selbstzahlung ein Krankenschein beim zuständigen (örtlichen) Sozialamt beantragt werden muss. Das Sozialamt erhält im Zuge dessen Kenntnis von der fehlenden behördlichen Meldung, also dem fehlenden Aufenthaltsstatus. Durch die bestehende Übermittlungspflicht müssen die Daten umgehend ohne Aufforderung an die Ausländerbehörde (oder an eine polizeiliche Stelle) weitergegeben werden. Es ist anhand der fehlenden Inanspruchnahme offensichtlich, dass die Abschiebegefahr für die Betroffenen zu schwer wiegt, als das sie bereit wären, zugunsten eines Krankenscheins ihre bestehende Existenz in Deutschland aufzugeben. Für Patientinnen und Patienten ohne Papiere, bei denen eine behandlungsbedürftige Tuberkulose oder eine HIV-Infektion diagnostiziert worden ist, besteht die Möglichkeit, aus humanitären Gründen ein Abschiebeverbot zu erwirken.[81] Dafür müssen allerdings entscheidende Voraussetzungen erfüllt sein:

»Durch die Abschiebung muss sich eine erhebliche und konkrete, bei Annahme einer allgemeinen Gefahr sogar extreme Gefahr für Leib und Leben im Falle der Rückkehr verwirklichen. Problematisch ist dies für den Personenkreis, bei dem eine HIV-Infektion diagnostiziert, eine medikamentöse Behandlung jedoch noch nicht eingeleitet wurde, da die Viruslast noch zu niedrig ist.«[82]

Voraussetzung für die Erteilung einer Duldung ist weiterhin, dass den Betroffenen im Zielland kein Zugang zur Therapie möglich ist. Defizitäre Lebensbedingungen, wie mangelnder Zugang zu sauberem Trinkwasser und ausreichender Ernährung, können als Gründe herangezogen werden. Doch insgesamt erweist sich der Nachweis der defizitären Bedingungen im Herkunftsland als äußerst schwierig. In einer Studie zu den Gesundheitsdiensten für Migrantinnen und Migranten mit HIV/AIDS wird die Problemlage skizziert:

»Allerdings ist dies immer schwerer nachzuweisen, Botschaften bestätigen heute in der Regel die Behandlungsmöglichkeiten in den Herkunftsländern, auch wenn diese auf eine eher geringe Anzahl von Patienten beschränkt ist, die Kosten dafür selber aufzubringen sind und das Netz der ärztlichen Versorgung insgesamt wenig entwickelt ist. Der Ausgang eines solchen Verfahrens ist also höchst ungewiss, die Angst vor Entdeckung und Abschiebung ist groß und wird innerhalb der ethnischen Gruppen durch Mund-zu-Mund-Propaganda verbreitet.«[83]

81 | Nach § 60 Abs. 7, Satz 1 AufenthG, siehe dazu Müller (2008) und Teumer (2010).

82 | Müller (2008), S. 11.

83 | Steffan et al. (2005), S. 10.

Allerdings regelt auch bei erteilter Duldung das AsylbLG die zu beziehenden Leistungen. Hier gilt also ebenfalls eine gegenüber dem Leistungskatalog der GKV tatsächlich eingeschränkte medizinische Versorgung. Theoretisch haben undokumentierte Migrantinnen und Migranten bei faktischem Arbeitsverhältnis einen Anspruch auf Leistungen durch die gesetzliche Unfallversicherung bei einem Arbeits- oder Wegeunfall sowie bei Vorliegen einer Berufskrankheit (§ 2 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII). Der Versicherungsschutz besteht auch bei fehlendem Aufenthaltsstatus und ist unabhängig davon, ob eine Meldung erfolgt war bzw. Beiträge durch die Arbeitgeberseite abgeführt wurden.[84] Allerdings ist unklar, inwieweit bei der Feststellung der Leistungspflicht regelmäßig Daten, wie beispielsweise die Staatsangehörigkeit erhoben werden, die mit einer Übermittlungspflicht einhergehen.[85] Im Rahmen häuslicher Dienstleistungen wie z.B. Alten- und Krankenbetreuung oder Reinigungshilfe kann über den Haushaltsvorstand ohne Nennung des Namens eine pauschalisierte Unfallversicherung abgeschlossen werden, ohne dass hier die Übermittlungspflicht zum Greifen kommt. Dieser Umstand ist wenig bekannt und wird wohl kaum genutzt.[86] Lange Zeit war die Strafbarkeit humanitärer Hilfe für nicht gemeldete Migrantinnen und Migranten in der wissenschaftlichen und öffentlichen Diskussion.[87] Das Aufenthaltsgesetz stellt die »Beihilfe zum illegalen Aufenthalt« und das »Einschleusen von Ausländern« (§ 96 AufenthG) unter Strafe. Das Bundesministerium des Innern hat in seinem »Prüfauftrag Illegalität« allerdings bereits im Jahr 2007 festgestellt, dass der § 96 AufenthG die Bekämpfung der organisierten illegalen Einreise und des »Schleppertums« zum Ziel hat.[88] Sowohl humanitäre Hilfe in Form medizinischer Notfallversorgung als auch die medizinische Versorgung im Übrigen wird nicht als strafbar im Sinne des »Schleuser-« oder »Beihilfeparagrafens« bewertet. Zudem wird in diesem Bericht festgestellt, dass durch die berufsethischen und rechtlichen Verpflichtungen für Ärztinnen und Ärzte eine bis dahin richterlich nicht entschiedene potenzielle Konfliktkonstellation mit der Strafbarkeit von Hilfeleistungen zum »illegalen Aufenthalt« besteht.[89] Für andere Hilfeleistungen (»z.B. Vermittlung von Ansprechpartnern, Zurverfügungstellung einer Wohnung«[90]) bestand allerdings nach wie vor die Möglichkeit der Strafbarkeit. Durch die AVV zum AufenthG erfolgte dann 2009 auch für weitere sogenannte »berufstypische« Handlungen eine Klarstellung, die die Rechtsunsicherheit

84 | Vgl. Will (2008), S. 202.

85 | Vgl. ebd., S. 243 sowie Tolsdorf (2008), S. 88.

86 | Vgl. Stobbe (2004), S. 119.

87 | Siehe z.B. Anderson (2003), S. 83 und Will (2008), S. 249-250.

88 | Vgl. Bundesministerium des Innern (2007), S. 30-31.

89 | Vgl. ebd., S. 33.

90 | Ebd.

humanitärer Hilfe beseitigt.[91] Tätigkeiten im Rahmen des ausgeübten Berufs oder des anerkannten Ehrenamtes fallen nicht mehr unter den Tatbestand der Beihilfe.[92]

2.4.1 Der »medizinische Notfall«

Entscheidend für die Pflicht zur Untersuchung und Behandlung jeder Patientin und jedes Patienten im Krankenhaus ist der medizinische Notfall. Nur findet sich keine einheitliche bzw. eindeutige Rechtsdefinition des Begriffs »medizinischer Notfall«. Die Definition aus dem Rettungswesen und die Rechtsprechung zur Versorgungspflicht in medizinischen Notfällen sowie die Versorgungsaufträge der Institutionen des Gesundheitswesens geben eine Richtungsbestimmung für eine (arzthaftungsrechtliche) Definition und den Behandlungsauftrag in der Notaufnahme des Krankenhauses. Unter Berücksichtigung o.g. Definition und der Judikationen kommt der Jurist Killinger in seiner Dissertation zu folgender Definition:

> »Ein medizinischer Notfall im arzthaftungsrechtlichen Sinn liegt vor, wenn aus der Sicht eines vernünftigen Arztes im Zeitpunkt seiner Behandlung für den Patienten eine plötzliche, akute und unmittelbare Lebensgefahr oder Gefahr schwerer, irreparabler Gesundheitsschäden besteht, wenn er nicht unverzüglich die erforderliche medizinische Versorgung erhält.«[93]

Die »Unverzüglichkeit« bzw. wie Killinger es formuliert, »die restriktive Auslegung der Gefahr schwerer Gesundheitsschäden« ergibt sich aus der Abgrenzung zum kassenärztlichen Notdienst, bei dem es um die Behandlung von »Akutfällen« geht. In Hinblick auf die strafrechtliche Dimension der unterlassenen Hilfeleistung nach §323c Strafgesetzbuch (StGB) macht sich jemand »schuldhaft«, wenn die »erforderliche und ihm zumutbare Hilfeleistung« bei »Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not« unterlassen worden ist. Für

---

91 | Katholisches Forum ›Leben in der Illegalität‹ (2009), S. 3-4.

92 | Vor Nr. 95.1.4 AVV zum AufenthG: »Handlungen von Personen, die im Rahmen ihres Berufes oder ihres sozial anerkannten Ehrenamtes tätig werden (insbesondere Apotheker, Ärzte, Hebammen, Angehörige von Pflegeberufen, Psychiater, Seelsorger, Lehrer, Sozialarbeiter, Richter oder Rechtsanwälte), werden regelmäßig keine Beteiligung leisten, soweit die Handlungen sich objektiv auf die Erfüllung ihrer rechtlich festgelegten bzw. anerkannten berufs-/ehrenamtsspezifischen Pflichten beschränken. Zum Rahmen dieser Aufgaben kann auch die soziale Betreuung und Beratung aus humanitären Gründen gehören, mit dem Ziel Hilfen zu einem menschenwürdigen Leben und somit zur Milderung von Not und Hilflosigkeit der betroffenen Ausländer zu leisten.«

93 | Killinger (2009), S. 42.

die Situation in der Notaufnahme eines Akutkrankenhauses sind zwei Elemente entscheidend für die Durchführung einer medizinischen Behandlung: die Notwendigkeit einer unverzüglichen Behandlung ist ausschlaggebend, ob behandelt werden *muss*. Voraussetzung ist dabei notwendigerweise die Einschätzung durch einer Ärztin bzw. eines Arzten vor Ort *nach Untersuchung* der Patientin/des Patienten: »Eine Abweisung ohne vorherige Erstuntersuchung des Notfallpatienten [ist] schon aus diesem Grund behandlungsfehlerhaft, weil der Aufnahmearzt erst nach einer orientierenden Erstuntersuchung des Patienten dessen Leiden erkennen [kann]«.[94] Diese »Erstversorgungspflicht« beschränkt sich nicht auf Krankenhäuser, die einen Vertrag mit den GKVen abgeschlossen haben, sondern

»jedes Krankenhaus ist unabhängig davon, ob es nach dem Krankenhausplan an der Notfallversorgung teilnimmt oder nicht, verpflichtet Notfallpatienten stationär aufzunehmen. Dies folgt aus der allgemeinen Aufnahmepflicht der Krankenhäuser, die sich im medizinischen Notfall auch nicht auf den konkreten Versorgungsauftrag beschränkt [...]. Die Pflicht zur stationären Aufnahme steht allerdings unter der Bedingung, dass das Krankenhaus über freie Kapazitäten verfügt und mit seiner Ausstattung zu einer fachgerechten Behandlung in der Lage ist [...].«[95]

Killinger kritisiert, dass es zwar für den Rettungsdienst in jedem Bundesland genaue gesetzliche Regelungen gibt, für die Krankenhausbehandlung von Notfallpatientinnen und -patienten als »letztes Glied« allerdings kaum rechtliche Regelungen.[96] Im Niedersächsischen Krankenhausgesetz (NKHG) von 2012 ist z.B. zur Notfallversorgung lediglich festgehalten, dass die »Häuser, die sozialversicherungsrechtlich« an der Notfallversorgung teilnehmen, »zur Notfallversorgung von lebensbedrohlich Verletzten und Erkrankten in der Lage« sein müssen (§13 NKHG). In anderen Bundesländern gibt es allerdings explizit gesetzliche Regelungen. In der Krankenhausverordnung des Landes Berlin von 2006 (KhsVO) ist z.B. festgelegt:

»Patientinnen und Patienten, die eingewiesen oder mit einem Krankenwagen vorgefahren werden, sowie Notfallpatientinnen und Notfallpatienten sind unverzüglich ärztlich zu untersuchen. Die Ärztin oder der Arzt trifft, wenn kein Einweisungsschein vorliegt, die Entscheidung über die Notwendigkeit der Aufnahme in einer vertretbaren Zeitspanne« (§ 32 Abs. 1 KhsVO).

94 | Ebd., S. 209.

95 | Vgl. Killinger (2009), S. 208.

96 | Vgl. ebd., S. 208.

2.4.2 Der »Eilfall«

Vom »medizinischen Notfall« muss der »Eilfall« abgegrenzt werden, der für die Frage der Kostenträgerschaft relevant ist, aber keine arzthaftungsrechtlichen Fragen berührt. Ist das Sozialamt prinzipiell Kostenträger für medizinische Behandlungen nach §§4 und 6 Abs. 1 AsylbLG, liegt der »Eilfall« vor, wenn die betroffene Person vor der medizinischen Behandlung nicht das Sozialamt aufsuchen kann, um einen Krankenschein zu erhalten. Also wird die betreffende Person akut krank und benötigt medizinische Hilfe, ohne dass zuvor die medizinische Versorgung beim Sozialamt beantragt werden kann (z.B. aufgrund von Öffnungszeiten oder der Schwere der Erkrankung), besteht ein »Eilfall« – und nicht zwingend ein »medizinischer Notfall«.[97] Der Eilfall ist ein besonderes Konstrukt des deutschen Rechts, er bezieht sich auf die Situation, in dem eine Person, die »bedürftig« ist, also auf die Kostenerstattung durch z.B. die Kommune angewiesen ist (mittels des Sozialamts), nicht mehr in der Lage ist, zuvor Sozialleistungen zu beantragen oder – wie im Falle der Leistungsberechtigten nach AsylbLG – einen Krankenschein zu beantragen. Der Antrag auf Kostenübernahme kann erst nachgeholt werden, nachdem die medizinische Versorgung bereits begonnen wurde (z.B. im Falle eines Schlaganfalls, Herzinfarkts, Unfalls, akut einsetzende Schmerzen am Wochenende etc.). Für diesen Eilfall hatte der Gesetzgeber 2009 mit einer Verwaltungsvorschrift die Bedeutung der ärztlichen Schweigepflicht herausgestellt.[98] In der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz (AVV zum AufenhG) stellt der Bundesgesetzgeber klar, dass sich in diesen Fällen die ärztliche Schweigepflicht bis zum Krankenhausverwaltungspersonal erstreckt und von dort aus bis in das Sozialamt *verlängert*. Die ärztliche Schweigepflicht der behandelnden Ärztin bzw. Arztes gilt also ebenfalls für das Krankenhausverwaltungspersonal, das sich um eine Kostenerstattung beim Sozialamt bemüht. Demnach könnte eine Person ohne legalen Aufenthaltsstatus im Eilfall bereits stationär versorgt werden und sich das Krankenhausverwaltungspersonal mit den Daten der betroffenen Person an das Sozialamt wenden, um die Kosten für die stationäre Behandlung erstattet zu bekommen. Das Amt darf in diesem Fall die Daten aufgrund der »Verlängerung« der ärztlichen Schweigepflicht nicht an die Aus-

---

97 | Siehe hierzu auch die Urteilsbegründung des BSG vom 30.10.2013, (B 7 AY 2/12 R).

98 | Das Aufenthaltsgesetz wird in den kommunalen Behörden, den Ausländerbehörden, ausgeführt. Die Bundesregierung kann mit Zustimmung des Bundesrates Verwaltungsvorschriften erlassen, um die Anwendungspraxis des Aufenthaltsgesetzes bundesweit zu vereinheitlichen: »So werden bindende Maßstäbe für die Ausfüllung unbestimmter Rechtsbegriffe und bestehender Ermessensspielräume festgelegt« und es »wird sichergestellt, dass das geltende Recht so angewandt wird, wie es vom Gesetzgeber gewollt ist.« Katholisches Forum ›Leben in der Illegalität‹ (2009), S. 1.

länderbehörde weitergeben. Zumindest in diesen Fällen sollen undokumentierte Migrantinnen und Migranten nicht eine Abschiebung aus dem Krankenhaus heraus befürchten (Nr. 88.2.3 AVV zum AufenthG).[99] Menschen ohne Papiere könnten gefahrlos eine Notfallversorgung in Anspruch nehmen und die Krankenhäuser könnten die Kosten der notfälligen Versorgung durch das Sozialamt erstattet bekommen. Zuvor war unklar gewesen, wie in Notfällen mit der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber Ausländerbehörden und anderen Institutionen umzugehen sei. Nach Beschluss der AVV im September 2009 zeigte sich allerdings, dass sich die Kostenerstattung als sehr schwierig erweist. Auf Anfrage durch die Autorin nahm der Leiter eines Sozialamts einer deutschen Großstadt im Oktober 2010 wie folgt Stellung:

»Persönliche Daten, die ein Ausländer anlässlich seiner Behandlung einem Arzt (ambulant oder im Krankenhaus) oder seinen Helfern (Verwaltung, Abrechnungsstellen…) offenbart hat und durch diese an den SHTr. [Sozialhilfeträger] zwecks Bezahlung weitergeleitet werden, darf der SHTr. nicht mehr (wie bisher) an die Ausländerbehörden im Rahmen von § 87 Abs. 2 AufenthG weitergeben. Denn diese Daten sind im Rahmen von § 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB besonders geschützt und dürfen, wenn sie dem SHTr. zur Prüfung des Sozialhilfeanspruches zugänglich gemacht werden, nicht weitergegeben werden (88.2.1, 88.2.3, 88.2.4.3 AVV). […] Die Frage, ob wir gegenüber dem Krankenhaus Kosten übernehmen müssen, wird davon nicht berührt. Das Krankenhaus wird nach wie vor den Nachweis führen müssen, dass in der konkreten Person Hilfebedürftigkeit vorgelegen hat. Insoweit sind uns also konkrete Daten zu übermitteln […].«

In welcher Form diese Prüfung nach Bedürftigkeit im Einzelfall stattfindet und wie restriktiv die Behörden mit den gesetzlichen Möglichkeiten umgehen, scheint in den jeweiligen Kommunen sehr unterschiedlich gehandhabt zu werden.[100] Auf Anfrage gaben Sachbearbeiter einzelner Sozialämter Ende 2011 an,

99 | Siehe hierzu auch die Erläuterungen des Katholischen Forums ›Leben in der Illegalität‹ (2009). Von der ärztlichen Schweigepflicht ausgenommen sind allerdings Situationen, in denen die »öffentliche Gesundheit« durch Weiterverbreitung übertragbarer Erkrankungen bedroht ist und die betreffende Person »Heroin, Cocain oder ein vergleichbar gefährliches Betäubungsmittel verbraucht und nicht zu einer erforderlichen seiner Rehabilitation dienenden Behandlung bereit ist oder sich ihr entzieht« (§ 55 Abs. 2 Nr. 4 AufenthG).

100 | Auf weitere Nachfrage zum konkreten Nachweis der Bedürftigkeit lautete die Antwort eines zuständigen Mitarbeiters des Sozialamtes: »Eine ›pauschale‹ Beantwortung zu Ihrer Frage, wie der Nachweis der Bedürftigkeit konkret zu erbringen ist, lässt sich vor dem Hintergrund des zu prüfenden individuellen Umstandes des Einzelfalles nicht treffen. In jedem Fall bedarf es seitens des Migranten bzw. des Krankenhauses einer plausiblen Darlegung zur Hilfebedürftigkeit (Identität, Staatsangehörigkeit, wovon gelebt, aktueller

bisher – zwei Jahre nach Inkrafttreten der AVV zum AufenthG – mit keinerlei Fällen in Berührung gekommen zu sein. Bis November 2013 wurde zumindest für die Region Hannover noch kein Fall einer Kostenübernahme für eine Krankenhausbehandlung einer Migrantin/eines Migranten ohne Papiere bekannt. Die »Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität«[101] führte im Herbst 2011 eine bundesweite Befragung relevanter Nichtregierungsorganisationen (Medizinische Flüchtlingshilfen und Malteser Migranten Medizin, s. Kapitel 3.2) zu ihren Erfahrungen zur Anwendung der AVV zum AufenthG durch. Im Rahmen dessen wurde deutlich, dass unberücksichtigt weiterer Schwierigkeiten, die »Bedürftigkeitsprüfung« einen zentralen Stolperstein im Versuch darstellt, im Nachhinein die Kosten für eine Notfallbehandlung vom zuständigen Sozialamt erstattet zu bekommen. Bis auf einige Ausnahmen[102] existierten in vielen Bundesländern keine Antragsformulare. Sind Formulare vorhanden, wird auf eine sehr umfangreiche Darlegung der Verhältnisse, entsprechend Anträgen zu Hilfen nach dem SGB XII, bestanden. Dazu gehören dann beispielsweise eine persönliche Erklärung über den Einreisegrund, die Darlegung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie die Angabe zu Verwandten in Deutschland und die Namen der Vermieter. Waren diese umfangreichen Erklärungen erfolgt, wurden dennoch mit dem Verweis auf Unglaubwürdigkeit und »mangelnde Mitwirkung«[103] der Betroffenen die

und vorheriger Aufenthalt, Angehörige etc.). Es ist jedenfalls keineswegs so, dass die Information ›ich lebe hier illegal‹ allein ausreicht, um mit Sozialhilfe/AsylbLG einzutreten. Die ärztliche (und moralische) Pflicht zur Hilfe trifft hier den Arzt/das Krankenhaus; der Träger der Sozialhilfe bzw. AsylbLG-Träger wird dadurch aber nicht automatisch zum Ausfallbürgen unabhängig davon, ob die Voraussetzungen für die Hilfe nach dem SGB XII/AsylbLG vorliegen. Es kann also durchaus häufig so sein, dass die Kosten des Nothelfers mangels Feststellung einer Hilfebedürftigkeit letztlich nicht vom Sozialhilfeträger übernommen werden und dieser quasi auf seinen Kosten ›sitzenbleibt‹.«

101 | Die Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität (BAG) hat sich im März 2006 auf Initiative des Deutschen Instituts für Menschenrechte und des Katholischen Forums »Leben in der Illegalität« gebildet. Vertreterinnen und Vertreter verschiedener Organisationen (Wohlfahrtsverbände, Medizinische Flüchtlingshilfen u.a.), der kommunalen Verwaltungen, der Kirchen, aus der Wissenschaft, Angehörige der Heilberufe u.v.a. arbeiten in der BAG zusammen, um Lösungskonzepte zu erarbeiten, die die medizinische Versorgung undokumentierter Migrantinnen und Migranten verbessern soll. Vgl. Deutsches Institut für Menschenrechte (2007), S. 5.

102 | Inzwischen (Stand: August 2013) sind aus einigen Bundesländern Formulare zur Bedürftigkeitsprüfung bekannt, z.B. aus Berlin, Hamburg und Bremen.

103 | Z.B. wenn von den Betroffenen keine Kontobelege erbracht wurden, wobei allerdings ohne Ausweis in den meisten Bundesländern kein Konto eröffnet werden kann, oder umfangreiche Angaben zur Mietsituation nicht erfolgte.

Anträge abgelehnt.[104] Im Oktober 2013 wurde mit einem Urteil des Bundessozialgericht (BSG) die Gemengelage noch komplizierter. Das BSG urteilte, dass eine Kostenerstattung durch das Sozialamt unter Anwendung des § 25 SGB XII – also eine Erstattung der entstandenen Ausgaben des Nothelfers bei Bedürftigkeit der Person – für Betroffene, die unter das AsylbLG fallen, nicht zur Anwendung kommen darf. Zudem dürften, bis auf wenige Ausnahmen, nur die Betroffenen selbst eine Kostenerstattung bei der Behörde geltend machen und dies nicht an das Krankenhausverwaltungspersonal delegieren. Die Betroffenen wären dann nicht mehr durch die ärztliche Schweigepflicht geschützt, da sie persönlich das Sozialamt aufsuchen müssten. Auch wenn das Krankenhaus nach Berufsrecht und der Nothilfepflicht (§ 323c StGB) zur Behandlung medizinischer Notfälle verpflichtet sei, würde sich daraus keine Anspruchsberechtigung ergeben, sondern die Krankenhäuser müssten das »Unternehmerrisiko« tragen.[105] Faktisch bedeutete das Gerichtsurteil, dass die Krankenhäuser auch nach Rechtslage keine Kostenerstattung für die medizinische Eilfall-Versorgung undokumentierter Migrantinnen und Migranten erhalten. Nichtsdestotrotz blieben die Krankenhäuser verpflichtet, in »medizinischen Notfällen« jedem Menschen unabhängig von Geschlecht, Religion und Versicherungsstatus eine medizinische Versorgung anzubieten.[106] Auf das Urteil hat der Bundesgesetzgeber inzwischen reagiert und mit den Änderungen des Asylbewerberleistungsgesetzes, die zum 01.03.2015 in Kraft getreten sind, den Eilfall in Analogie zum Nothelferparagrafen des SGB XII in das Gesetz aufgenommen (§ 6a AsylbLG): »Hat jemand in einem Eilfall einem anderen Leistungen erbracht, sind ihm die Aufwendungen in gebotenem Umfang zu erstatten, wenn er sie nicht auf Grund rechtlicher oder sittlicher Pflicht selbst zu tragen hat.« Ob diese erneute rechtliche Klarstellung zu einer tatsächlichen Kostenübernahme durch das Sozialamt führen wird, ist allerdings fraglich, da es vermutlich keine Auswirkung auf die Bedürftigkeitsprüfung durch die Behörde haben wird. Unklar ist darüber hinaus die Bedeutung des § 11 AsylbLG in diesem Zusammenhang. Das Sozialamt als Kostenträger übermittelt verpflichtend personenbezogene Daten an die Ausländerbehörde zur Überprüfung, mit dem Ziel, »unberechtigten Leistungsbezug« zu ver-

104 | So geschildert von einer Mitarbeiterin einer NGO im Rahmen einer Veranstaltung der BAG am 29. September 2011. Die wiedergegebenen Inhalte aus der Bedürftigkeitsprüfung beziehen sich auf die Formulare aus der Region Hannover und aus Hamburg.

105 | BSG-Urteil vom 30. Oktober 2013 (B 7 AY 2/12 R), siehe auch die Erläuterungen der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft (2014).

106 | Auch aus den berufsethischen Verpflichtungen ergibt sich eine Handlungspflicht (z.B. in der Präambel der Musterberufsordnung für Ärzte von der Bundesärztekammer, die als Vorlage für die von den Länderkammern verfassten Berufsordnungen Verwendung findet), vgl. Mylius (2014a, 2014c).

hindern.[107] Dies betrifft Personen, die bereits Leistungen beziehen oder in Anspruch genommen haben, allerdings nicht Erstaufsuchende. Die weitere Verwendung bzw. Überprüfung der Daten zu einem anderen Zweck seitens der Ausländerbehörde ist vom Gesetzgeber nicht untersagt worden. Dies birgt für die Betroffenen die Gefahr, dass es möglicherweise zu einer Aufdeckung des Aufenthaltsstatus kommen und eine Abschiebung erfolgen könnte.[108] Inwieweit §11 Abs. 3 AsylbLG in den Behörden angewandt wird, unterscheidet sich ebenfalls von Bundesland zu Bundesland. Aus Niedersachsen ist bekannt, dass, vor der Landtagswahl 2013, das Ministerium für Inneres, Sport und Integration in einem Schreiben explizit darauf hingewiesen hat, dass ein Datenabgleich zwischen Ausländerbehörde und Sozialamt ausdrücklich vorgeschrieben sei.[109] Das fehlende Zweckentfremdungsverbot in diesem Paragrafen schafft in der Anwendung der AVV zum AufenthG zusätzliche Rechtsunsicherheit für die Betroffenen. Ein weiterer wesentlicher Aspekt für Menschen ohne Papiere ist der Umgang mit fehlenden Ausweispapieren in der Aufnahmesituation. Dabei steht das Geheimhaltungsinteresse der Patientin/des Patienten dem Interesse nach Deckung der Behandlungskosten des Krankenhauses entgegen, das zur Feststellung der Identität gewillt sein kann, die Polizei hinzuzurufen. Die ärztliche Schweigepflicht ist berufs- und strafrechtlich besonders geschützt und darf nur gebrochen werden, wenn ein anderes Rechtsgut »das Interesse des Patienten an der Geheimhaltung wesentlich überwiegt«.[110] In Bezug zum berechtigten Interesse des Krankenhauses an einer Kostendeckung kann dies nach Ansicht der Juristin Katrin Börchers von der Ärztekammer Berlin aufgrund der erheblichen Konsequenzen für die Lebenssituation der Betroffenen nicht geltend gemacht werden.[111] Die ärztliche Schweigepflicht erstreckt sich wie bereits o.g. auch auf die »berufsmäßig tätigen Gehilfen von Ärztinnen und Ärzten« und wie in der AVV zum AufenthG dargelegt, »verlängert« sie sich zum Krankenhausverwaltungspersonal. Denn »wären Krankenhausärzte und das weitere Krankenhauspersonal hier nicht in der Pflicht, an einem Strang zu ziehen, würden die ärztliche Schweigepflicht bei Krankenhausbehandlungen insoweit wertlos werden.«[112]

107 | Vgl. Gerdsmeier (2010), S. 177.

108 | Ebd., S. 185.

109 | Nach Darstellung der Medizinischen Flüchtlingshilfe Göttingen, die das entsprechende Schreiben des Niedersächsischen Ministeriums für Inneres, Sport und Integration übermittelt bekommen hatte. Siehe auch Medizinische Flüchtlingshilfe Göttingen e.V. (2012).

110 | Ärztekammer Berlin (2013), S. 36.

111 | Vgl. ebd., S. 36.

112 | Ebd., S. 35-36.

2.4.3 Infektionsschutzgesetz

Im Infektionsschutzgesetz (IfSG) werden u.a. die Aufgaben der Gesundheitsämter in der ärztlichen Versorgung bei sexuell übertragbare Erkrankungen[113] und Tuberkulose definiert. Gemäß §19 IfSG bieten die Gesundheitsämter bei diesen Erkrankungen Untersuchung und Beratung an. Für besonders gefährdete Personen soll dies auch aufsuchend angeboten werden. Darüber hinaus ist die Möglichkeit (»kann«) gegeben, dass diese »im Einzelfall die ambulante Behandlung durch einen Arzt des Gesundheitsamtes umfassen, soweit dies zur Verhinderung der Weiterverbreitung der sexuell übertragbaren Krankheiten und der Tuberkulose erforderlich ist.«[114] Die Kosten werden bei offensichtlicher Bedürftigkeit aus öffentlichen Mitteln getragen. Entscheidend ist dabei die Wendung »offensichtlich«. Im Gegensatz zur Entscheidung einer Kostenübernahme durch das Sozialamt, muss die Bedürftigkeit nicht durch umfangreiche Nachweise belegt werden. Wer der Kostenträger letztendlich ist, entscheiden die Länder (§69 IfSG). Mit dem Behandlungsangebot im IfSG wurde dem Umstand Rechnung getragen, dass Patientinnen und Patienten mitunter die regulären Therapieangebote nicht wahrnehmen können oder wollen. In der amtlichen Begründung zum §19 IfSG Abs. 1 heißt es:

»Das hinter dem Angebot von Beratung und Untersuchung stehende Ziel, sexuell übertragbare Krankheiten und Tuberkulose bei anders nicht zu erreichenden Personengruppen zu erkennen und Dritte vor Ansteckung zu schützen, kann durch die Möglichkeit der aufsuchenden Arbeit und einer sofortigen medikamentösen Therapie – sofern möglich – seitens des Gesundheitsamtes besser erreicht werden. Es wird allerdings auf die Einzelfälle beschränkt, in denen die Personen das bestehende ärztliche Versorgungsangebot nicht wahrnehmen und deshalb die Gefahr der Weiterverbreitung der sexuell übertragbaren Krankheit oder der Tuberkulose besteht.«

§3 IfSG legt die Aufgabe der Prävention durch Aufklärung und Information über sexuell übertragbare Erkrankungen in die öffentliche Hand. Außerdem haben die zuständigen Stellen auf Landesebene nicht nur allgemein, sondern auch individuell über entsprechende Möglichkeiten der Beratung und Versor-

113 | Die englische Bezeichnung STD (sexually transmitted diseases) wird ebenfalls im deutschen Sprachraum verwendet. Gemeint sind Erkrankungen, die auch oder hauptsächlich durch Geschlechtsverkehr übertragen werden. Dazu gehört z.B. die HIV-Infektion, HPV-Infektionen, die zu Feigwarzenbildung führen, aber auch Neubildungen (Neoplasien) verursachen können. Weitere prominente Beispiele sind Syphilis, Hepatitis A, B oder C sowie Infektionen und Erkrankungen die durch eine Infektion mit Chlamydien bedingt sind.

114 | § 19 IfSG.

gung zu informieren.[115] Noch ein weiterer Paragraf des IfSG hat für Menschen ohne Papiere in der Versorgung durch öffentliche Träger Relevanz; nach § 20 Abs. 5 können den Gesundheitsämtern auch Aufgaben der primären Prävention übertragen werden: »Die obersten Landesgesundheitsbehörden können bestimmen, dass die Gesundheitsämter unentgeltlich Schutzimpfungen oder andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe gegen bestimmte übertragbare Krankheiten durchführen.« Somit müssten, bei entsprechenden Bestimmungen der obersten Landesgesundheitsbehörde, die Gesundheitsämter die laut der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen Impfungen für alle Bewohnerinnen und Bewohner ihres zuständigen Einzugsgebiets anbieten.

Die bisherigen Ausführungen geben eine Übersicht zu gesetzlichen Bestimmungen, die für die medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere relevant sind. Für nähere Erläuterungen und zu aktuellen Änderungen im Asylrecht, insbesondere die Voraussetzungen für die Erteilung einer Duldung oder das Erwirken eines Abschiebeverbots, sei auf die Literatur zum Ausländerrecht verwiesen. Deutlich werden die bestehenden Hürden in der Wahrnehmung eines voraussetzungsfreien Menschenrechts auf einen Zugang zu angemessenen medizinischen Leistungen in Deutschland. Davon nicht betroffen sind Menschen, die ihre medizinische Behandlung privat bezahlen können. In der vorangegangenen Schilderung geht es um den Fall einer notwendigen Kostenübernahme durch Sozialversicherungsträger. Bei realistischer Einschätzung stellt jedoch die Klärung der Kostenübernahme in Anbetracht der meist geringen Einkommen der Betroffenen eine wichtige, wenn nicht gar grundsätzliche, Voraussetzung für eine Behandlung dar. Neben der nationalen Gesetzgebung sind weitere Aspekte für den Zugang zum Gesundheitssystem relevant. Die folgenden zwei Teilkapitel beschäftigen sich mit den berufsethischen Leitlinien der Anbieterseite und den inter- bzw. supranationalen Abkommen zum Menschenrecht auf einen Zugang zur Gesundheitsversorgung.

2.4.4 Berufsethische Leitlinien

Die Vorstellungen zur ärztlichen Berufsethik kumulieren vor allem im Begriff des »hippokratischen Eides«: Als Inbegriff einer moralischen Richtschnur für »gutes und richtiges« Handeln bildete der Eid lange die Grundlage für die Reflexion »richtigen« Handelns mit »guten« Mitteln und Zielen.[116] Ausge-

115 | § 3 IfSG: »Die Information und Aufklärung der Allgemeinheit über die Gefahren übertragbarer Krankheiten und die Möglichkeiten zu deren Verhütung sind eine öffentliche Aufgabe. Insbesondere haben die nach Landesrecht zuständigen Stellen über Möglichkeiten des allgemeinen und individuellen Infektionsschutzes sowie über Beratungs-, Betreuungs- und Versorgungsangebote zu informieren.«

116 | Vgl. Hunstorfer (2007), S. 21.

hend von der Entstehungszeit im 5. oder 4. Jahrhundert v. Chr. beinhaltet der Eid Begriffe und Elemente seiner zeitgeschichtlichen Epoche und Kultur, die für die Gegenwart keine Bedeutung mehr haben: »Ich will das Messer nicht gebrauchen, nicht einmal bei Steinleidenden, sondern will davon abstehen, zugunsten der Männer, die sich mit dieser Arbeit befassen.«[117] Doch haben andere Passagen des Eides bis heute nichts von ihrer Gültigkeit verloren: »Meine Verordnungen werde ich treffen zu Nutz und Frommen der Kranken nach meinem besten Vermögen und Urteil, sie schützen vor allem, was ihnen schaden und Unrecht zufügen könnte.«[118] Das Abwenden von Schaden für Patientinnen und Patienten gilt bis heute als zentrale Maxime ärztlichen Handelns: primum nil nocere.[119] Die Aussagen zur ärztlichen Schweigepflicht haben ebenfalls zeitlose Gültigkeit. Der Eid des Hippokrates hatte allerdings lange Zeit nicht den Status einer allgemein gültigen oder gar verbindlichen Regel.[120] In der »modernen Medizin« fand eine Neubesinnung bzw. differenzierte Betrachtungsweise ärztlicher Kodizes nach den Schrecken und Grausamkeiten während des Zweiten Weltkrieges statt. Im Zuge des Nürnberger Ärzteprozesses[121] wurde der »Nürnberger Ärztekodex« entwickelt, der Leitlinien zu Experimenten am Menschen ausformulierte, um eine Wiederholung der unsagbaren Gräuel der Menschenversuche in den Konzentrationslagern durch Mediziner zu verhindern und als Bewertungsmaßstab für ärztliches Fehlverhalten zu dienen. In Anlehnung an den hippokratischen Eid wurde von Vertretern der westdeutschen Ärztekammern 1947 als modernisierte Form das »Bad Nauheimer Gelöbnis« formuliert, das zunächst Teil der ärztlichen Berufsordnung

117 | Edelstein (1969), S. 7.

118 | Deichgräber (1972), S. 9. Es finden sich divergierende Übersetzungen des griechischen Textes. Siehe außerdem beispielsweise Edelstein (1969), Siefert (1973), Lichtenthaeler (1984), Schubert (2005).

119 | In der Musterberufsordnung für Ärzte von 2011 wird es so formuliert: »Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit meiner Patientinnen und Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein.«, MBO-Ä, S. 4.

120 | Näheres zur Geschichte des hippokratischen Eides siehe beispielsweise Edelstein (1969), Deichgräber (1972), Siefert (1973), Lichtenthaeler (1984), u.v.a.

121 | Im Anschluss an den Nürnberger Prozess gegen die »Hauptkriegsverbrecher« der nationalsozialistischen Diktatur fanden zwölf Nachfolgeprozesse statt. Der »Ärzteprozess« war der erste von ihnen, der vom Dezember 1946 bis zum Juli 1947 vor dem amerikanischen Militärtribunal in Nürnberg geführt wurde und mit der Urteilsverkündung am 20. August 1947 endete. Unter den 23 Angeklagten befanden sich eine Ärztin sowie 19 Ärzte, die angeklagt waren, Versuche an Menschen und/oder Tötungen von Patientinnen und Patienten mit physischen oder psychischen Erkrankungen vorgenommen zu haben. Vgl. Mitscherlich/Mielke (2004).

sein sollte.[122] Durch den Beitritt der westdeutschen Ärzteschaft zum Weltärztebund (WMA) kam es allerdings anders: Die WMA hatte 1948 in Genf »eine Neuformulierung eines verbindlichen Eidestextes versucht«[123] und ebenfalls in der Tradition des hippokratischen Eides ein Gelöbnis formuliert, das sittliche Vorstellungen ärztlichen Handelns und den Zuwachs an Wissen sowie die Entwicklungen in der Medizin angemessen zum Ausdruck bringen sollte. Mit dem Beitritt der westdeutschen Ärztekammern zur WMA wurde das »Genfer Gelöbnis« Teil der ärztlichen Berufsordnung. Die föderale Struktur der BRD bzw. die selbstverwalteten Körperschaften auf Ebene der Bundesländer ließen zwar keine bundeseinheitliche Berufsordnung zu. Allerdings hat die Bundesärztekammer mit der Muster-Berufsordnung (MBO-Ä) eine Form vorgegeben, die von den Landesärztekammern als ärztliche Selbstverwaltungen weitestgehend in die Berufsordnungen übernommen worden ist.[124] Die Konvention von Genf findet sich nun in modifizierter Form in der Präambel oder als »Gelöbnis« am Anfang der Berufsordnungen. Ist in der Konvention von Genf an erster Stelle noch von dem nötigen Respekt gegenüber »meinen Lehrern« die Rede, so finden sich in den ärztlichen Berufsordnungen der Länder und in der MBO-Ä dieser erste Passus nicht mehr. Es folgen unmittelbar die Bekenntnisse zu Menschlichkeit, Schweigepflicht und Gesundheit der Patientinnen und Patienten als oberstes Gebot. Ein zentraler Satz ist darüber hinaus:[125]

»Ich werde mich in meinen ärztlichen Pflichten meinem Patienten gegenüber nicht beeinflussen lassen durch Alter, Krankheit oder Behinderung, Konfession, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung oder soziale Stellung.«[126]

Nach den an Häftlingen in den Konzentrationslagern und an Menschen mit physischen oder psychischen Erkrankungen (z.B. im Rahmen der sogenannten »T4-Aktion«[127]) begangenen Verbrechen durch Ärztinnen und Ärzte während der NS-Diktatur sollte bei der Ausformulierung einer berufsständigen Ethik

122 | Vgl. Fuchs/Gerst (2006), o.S.

123 | Frewer (2009), S. 47.

124 | Vgl. Fuchs/Gerst (2006), o.S.

125 | Nur in Sachsen findet sich in der Berufsordnung eine verkürzte Fassung des Musters der Bundesärztekammer ohne den nachfolgend genannten Satz.

126 | WMA (2008), S. 116.

127 | »T4« ist der Deckname, der die Tötung von erwachsenen Patientinnen und Patienten mit verschiedenen, nicht als »lebenswert« klassifizierten Erkrankungen ab 1940 in umgebauten Kliniken oder Altenpflegeheimen bezeichnet. Begriffliche Herkunft ist der Dienstsitz der Tarnorganisation »Reichsarbeitsgemeinschaft Heil- und Pflegeanstalten« in der Tiergartenstr. 4 im Berliner Diplomatenviertel, die zur Durchführung der Tötungen geschaffen

nach dem Zweiten Weltkrieg die absolute Notwendigkeit einer vorurteilsfreien Haltung gegenüber den Patientinnen und Patienten betont und innerhalb der ärztlichen Profession verinnerlicht werden: »Gerade diese fehlende Vorurteilslosigkeit und Neutralität war das Kernproblem der totalitären Systeme und punctum saliens der Moraltheorie wie auch der Menschenrechte.«[128] Letztendlich konnten auch die bereits in der Weimarer Republik festgelegten Standards zu medizinischen Experimenten am Menschen wie die in der Standesordnung von 1926[129] formulierte Verpflichtung der Ärzteschaft auf ihr Gewissen nicht die Verbrechen in der Zeit des Nationalsozialismus verhindern. Eide und Gelöbnisse allein können nicht das »gute Handeln« bewirken. Handlungsbeeinflussend sind darüber hinaus eine anerkannte gesamtgesellschaftliche Werteorientierung und die Beispielhaltungen der Lehrenden, Vorgesetzten sowie Kolleginnen und Kollegen. Die rechtliche Verbindlichkeit und Überprüfung festgelegter Richtlinien bleiben dabei Ausdruck und/oder Folge ebenjener gesellschaftlichen Orientierung. Doch »bleibt zumeist das Wesen, die Person des Menschen unberücksichtigt, die aber gerade im täglichen Handeln Grundlage jeglichen Handelns ist.«[130] Der Einzelne bleibt ein Mensch in sozialen Beziehungen. Was hier zum Ausdruck kommt, ist die Notwendigkeit auch und trotz bestehender berufsethischer Leitlinien die Dimensionen des individuellen ärztlichen Handelns zu untersuchen. Im Zusammenhang mit dem Thema der vorliegenden Arbeit ist festzuhalten, dass die Berufsordnungen für Ärzte in jeweils modifizierter Form postulieren, dass die Erfüllung ärztlicher Pflichten unabhängig von Staatsangehörigkeit und sonstigem Status zu erfolgen hat. Trotzdem hat natürlich auch eine Ärztin/ein Arzt die Möglichkeit, die Behandlung von Erkrankten abzulehnen. Der Ablehnung müssen allerdings zwei Bedingungen zugrunde liegen: So darf es sich nicht um einen Notfall handeln und die Patientin bzw. der Patient muss die Möglichkeit haben, an anderer Stelle eine ärztliche Versorgung zu erhalten.[131] Grundsätzlich muss von einem gestörten Vertrauensverhältnis zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient ausgegangen werden, um eine Behandlung abzulehnen. Es darf explizit keine Unterscheidung in der Versorgung nach sozialem, ethnischem oder religiösem Hintergrund vorgenommen werden. Das bedeutet, dass für Ärztinnen und Ärzte »die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesund-

---

worden war. Hierzu siehe z.B. Lifton (1988), Frewer/Eickhoff (2000), Schmuhl (2002) und Mitscherlich/Mielke (2004).

128 | Frewer (2009), S. 48.

129 | Näheres zur historischen Entwicklung der Standesordnungen siehe Taupitz (1991), S. 284-294.

130 | Hunstorfer (2007), S. 34.

131 | § 7 Abs. 2 Musterberufsordnung für Ärzte (MBO-Ä) in der Fassung der Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel.

heit meiner Patientinnen und Patienten [...] oberstes Gebot meines Handelns sein«[132] soll und somit auch in der Behandlung von Menschen ohne Papiere zu gelten hat. Die Erfahrungen vieler nicht staatlicher Organisationen in Deutschland zeigen, dass sich in den Städten niedergelassene Ärztinnen und Ärzte bereit erklärt haben, Menschen ohne Papiere zu betreuen.[133] Bedenken, dass eine Behandlung bei Honorarverzicht gegen das Berufsrecht verstößt, können zerstreut werden. Zwar besagt die Musterberufsordnung, dass die in der Gebührenordnung festgelegten Sätze nicht unterschritten werden dürfen, doch legt sie auch die Ausnahmen fest. So darf das Honorar bei »mittellosen Patientinnen und Patienten« erlassen werden (§12 Abs. 2 MBO-Ä). Der Jurist Benedikt Buchner legt dar, dass die Unentgeltlichkeit der Behandlung nicht zu einem abgesenkten Behandlungsstandard führen darf. Nur

»damit kann aber auch nicht von vornherein ausgeschlossen werden, dass hier im Falle einer kostenlosen Behandlung eventuell doch eine konkludente Vereinbarung im Sinne eines niedrigeren Behandlungsstandards anzunehmen ist. Dies wäre überdies auch ein Ergebnis, das der besonderen ärztlichen Situation Rechnung tragen würde, die regelmäßig von Unsicherheit und Improvisation geprägt ist und in der aus Kosten- und Kapazitätsgründen ohnehin oftmals nur das Allernotwendigste erbracht und geleistet werden kann.«[134]

Voraussetzung ist der Kontakt von Ärztin/Arzt und Patientin/Patient. Hilfsorganisationen aus verschiedenen Städten haben von Erkrankten berichtet, die in einer medizinischen Notfallsituation (bzw. bei starken akuten Beschwerden) Notaufnahmen von Krankenhäusern aufgesuchten haben. Ohne ärztlich vorgestellt worden zu sein, sind die Betroffenen mit dem Verweis auf die notwendige Krankenversicherungskarte bzw. einer Voranzahlung vom Personal abgewiesen worden.[135] Aus Berlin berichtet die ehemalige Mitarbeiterin des dortigen Büros für medizinische Flüchtlingshilfe, Susann Huschke, von diesem Fall:

---

132 | Gelöbnis in der MBO-Ä, S. 4.

133 | Bei einer Umfrage des MediNetzes und des Gesundheitsamtes Bremen bei Arztpraxen im Land Bremen im Jahr 2008 gaben 52 % der 143 antwortenden Praxen an, Erfahrungen mit Migrantinnen und Migranten ohne Papiere zu haben. Vgl. Wiesner et al. (2008), S. 15. Hinzu kommen die Praxen, die mit MediNetz Bremen zusammenarbeiten. Auch in anderen Bundesländern geben die NGOs an, mit Arztpraxen zusammenzuarbeiten, die Diagnose, Beratung und Behandlung unentgeltlich durchführen.

134 | Buchner (2009), S. 142.

135 | Interner Bericht von Vertreterinnen und Vertretern verschiedener NGOs anlässlich eines Arbeitstreffens der BAG Gesundheit/Illegalität im Sommer 2011.

»›Vor allem anderen fragten sie nach unserer [Krankenversicherungs-]Karte‹, erinnerte sich Clarisa. Als sie diese nicht vorlegen konnten, sollten sie 200 Euro in bar bezahlen um behandelt zu werden. Da sie diese nicht hatten, verließen sie die Notaufnahme, ohne dass der dreijährige Tony ärztlich untersucht wurde.«[136]

In welchem Umfang eine Verweigerung stattfindet, Erkrankte dem diensthabenden ärztlichen Personal vorzustellen, ist unklar. Naturgemäß wurden diese Fälle bisher nur bekannt, wenn beispielsweise eine Hilfsorganisation aufgesucht und der Vorfall geschildert wurde. Sollte es im Krankenhaus zur ärztlichen Vorstellung kommen, entscheiden möglicherweise unterschiedliche Definitionen eines »medizinischen Notfalls« über das weitere Prozedere. Unzweifelhaft fallen Erkrankungen darunter, die mit einer akuten Lebensgefahr einhergehen oder unmittelbar zu einer irreversiblen Organschädigung führen können. Bei anderen Beschwerden kann die Entscheidung schon schwieriger sein. So könnte beispielsweise ein Harnleiterstein, der mit massiven Schmerzen einhergehen kann, zu einer Urosepsis[137] führen und damit lebensbedrohlich werden. Als wie akut bedrohlich der Zustand eingeschätzt wird hängt neben individuellen Faktoren vom Ermessen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte ab (s. hierzu auch Kapitel 2.4.1).[138] Aus einer Großstadt ist ein Fall aus dem Jahr 2010 bekannt, wo eben eine solche junge Patientin nach Antibiotikum-Gabe aus dem Krankenhaus entlassen worden ist mit dem Hinweis, sich zur Operation einzufinden, wenn diese bar gezahlt werden kann. Aus München wird vom Sozialreferat folgender Fall berichtet:

»Vor einem Tag hatte J. [aus Nicaragua] einen Arbeitsunfall und hat sich den Fuß gebrochen. Er rief sofort seinen Freund P. an, der völlig legal in München lebt und als Taxifahrer arbeitet. P. fuhr ihn zu einem Spanisch sprechenden Arzt, der das bestätigte, was die beiden befürchtet hatten: J. brauchte sofort eine Operation. P. und J. fuhren zu unterschiedlichen Krankenhäusern, überall verlangte man allerdings viel Geld von ihnen, um J. aufzunehmen.«[139]

136 | Huschke (2013), S. 223.

137 | Eine Urosepsis ist ein lebensbedrohlicher Verlauf einer bakteriellen Infektion des Urogenitaltraktes.

138 | Näheres zur Definition des medizinischen Notfalls siehe Killinger (2009), S. 24-27.

139 | Sozialreferat der Landeshauptstadt München (2010), S. 7.

2.4.5 Gesundheit: ein Menschenrecht

> »Die Menschenwürde ist migrationspolitisch nicht zu relativieren.«
> [aus der Pressemitteilung des Bundesverfassungsgerichts vom 18. Juli 2012][140]

Deutschland hat sich in einer Reihe von völkerrechtlich verbindlich geltenden Abkommen zum Recht auf Gesundheit bekannt. Im Folgenden sollen die wesentlichen internationalen und europäischen Übereinkommen in ihrem Bezug zur Gesundheit als Menschenrecht dargestellt und die Haltung der Bundesregierung beleuchtet werden.

Bei dem »Recht auf Gesundheit« handelt es sich um eine verkürzte Formel für einen diskriminierungsfreien Zugang zur medizinischen Versorgung und der Schaffung notwendiger Umwelt- und Arbeitsbedingungen wie es beispielsweise in Art. 25 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (AEMR) bereits 1948 festgehalten ist: »Jeder hat das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Versorgung und notwendige soziale Leistungen [...].« Das »Recht auf Gesundheit« ist ein Recht, das sich »aus der dem Menschen innewohnenden Würde«[141] herleitet und ihm daher weder zugesprochen noch aberkannt werden kann:

> »Menschenrechte sind fundamentale Rechte, die Menschen allein aufgrund ihres Menschseins haben. Diese Rechte haben sie unabhängig von Vorbedingungen, Verhalten oder Vorleistungen. Anders als die staatsbürgerlichen Rechte kommt es auch nicht auf die Staatsangehörigkeit an.«[142]

Unter der Federführung des Bundesministeriums des Innern wurde »gemäß des Prüfauftrags der Koalitionsvereinbarung vom November 2005« ein Bericht zur sozialen Situation der Menschen in aufenthaltsrechtlicher Illegalität veröffentlicht. Im Prüfauftrag wird allerdings das Menschenrecht durch eine Abstufung und Abwägung mit anderen Rechten relativiert:

---

140 | Bundesverfassungsgericht – Pressestelle: Pressemitteilung Nr. 56/2012 vom 18. Juli 2012. Urteil vom 18. Juli 2012: www.bundesverfassungsgericht.de/pressemitteilungen/bvg12-056.html [01.12.2015].

141 | Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (CESCR), Präambel.

142 | Aichele (2009), S. 207. Zum Universalismus der Menschenrechte siehe auch Bielefeldt (2011), S. 22.

»Es besteht die Möglichkeit, bestimmte staatliche Stellen ausdrücklich aus der Übermittlungspflicht auszunehmen. Dazu wäre eine Gesetzesänderung erforderlich. Die fraglichen staatlichen Stellen wären zu identifizieren und zu benennen. Zu denken ist etwa an öffentliche Krankenhäuser zur Erleichterung der Gesundheitsversorgung, an öffentliche Schulen zur Erleichterung der Bildung oder an die Gerichte zur Erleichterung der Einklagbarkeit von Ansprüchen, insbesondere von Arbeitslohn. [...] Diese Option stellt das Interesse an der Inanspruchnahme sozialer Rechte in den Vordergrund. Der Kontrollanspruch des Staates steht dahinter zurück. Das Interesse an der Inanspruchnahme sozialer Rechte kann unterschiedlich stark in den Vordergrund gerückt werden – je nachdem wie weit man den Kreis der nicht übermittlungspflichtigen staatlichen Stellen zieht. Wird der Kreis weit gezogen, stellt sich auch hier die Frage, ob der Staat sich seiner Kontrollmöglichkeiten zu weitreichend begibt.«[143]

Der Bericht kommt zu dem Schluss, dass hinsichtlich der in der Diskussion stehenden § 87 und § 96 AufenthG kein Handlungsbedarf bestehe.[144] Diese von verschiedenen Interessensgruppen und Hilfsorganisationen kritisierten Paragrafen des Aufenthaltsgesetzes seien in der Praxis ohne Relevanz.[145] Allerdings beachtet der Bericht nicht, dass die bestehende Übermittlungspflicht erst die Meldung beim Sozialamt und damit die Finanzierung der Gesundheitsversorgung vereitelt. Hier wird explizit die Migrationskontrolle der »Pflichtentrias« des Staates, die Menschenrechte zu achten, zu schützen und zu gewährleisten entgegengesetzt.[146] Die jedem Menschen innewohnenden Rechte werden damit an Vorbedingungen und Verhalten geknüpft. Deutschland hat sich allerdings durch die Ratifizierung des UN-Sozialpaktes (*International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*) 1973 dazu verpflichtet, durch die Ausschöpfung vor allem gesetzgeberischer Maßnahmen, die Verwirklichung der in diesem Pakt genannten Rechte zu erreichen.[147] Zu diesen Rechten gehört, dass jedem unabhängig von seinem Status der Zugang zur ärztlichen Betreuung gewährleistet wird. Artikel 12 des UN-Sozialpaktes lautet:

»1. The States Parties to the present Covenant recognize the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health.
2. The steps to be taken by the States Parties to the present Covenant to achieve the full realization of this right shall include those necessary for:

---

143 | Bundesministerium des Innern (2007), S. 41.

144 | § 87 Aufenthaltsgesetz (AufenthG) bezieht sich auf die Übermittlungspflicht öffentlicher Stellen (»Übermittlung an Ausländerbehörden«), § 96 AufenthG beinhaltet die Strafbarkeit humanitär motivierter Hilfe (»Einschleusen von Ausländern«).

145 | Vgl. Bundesministerium des Innern (2007), S. 4-5.

146 | Vgl. ebd., S. 209.

147 | Bundeszentrale für politische Bildung (2004), S. 60.

(a) The provision for the reduction of the stillbirth-rate and of infant mortality and for the healthy development of the child;
(b) The improvement of all aspects of environmental and industrial hygiene;
(c) The prevention, treatment and control of epidemic, endemic, occupational and other diseases;
(d) The creation of conditions which would assure to all medical service and medical attention in the event of sickness.«[148]

In ähnlichem Wortlaut findet sich das »Recht auf Gesundheit« in der Charta der Grundrechte der Europäischen Union und seinem Vorbild, der Europäischen Sozialcharta wieder.[149] Auch wenn es sich bei den sozialen, kulturellen und wirtschaftlichen Rechten im UN-Sozialpakt nicht um individuell einklagbare Rechte handelt, so ergeben sich für die den Vertrag ratifizierten Staaten völkerrechtliche Verpflichtungen.[150] Deutschland kommt seiner Aufgabe, die *vorbehaltlose* Inanspruchnahme des Menschenrechts auf Gesundheit zu gewährleisten nicht nach, da der faktische Zugang zur Gesundheitsversorgung durch das Aufenthaltsgesetz nicht für alle Menschen unabhängig vom Status gewährleistet wird.[151] In den *General Comments* des Ausschusses für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (Sozialausschuss) wird ausgeführt, dass der Zugang zu medizinischer Versorgung »de jure und de facto ohne Verletzung des Diskriminierungsverbotes«[152] gegeben sein muss. Der Sozial-

148 | »International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966 entry into force 3 January 1976, in accordance with article 27«: www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx [01.12.2015].

149 | Rat der Europäischen Union (2007), S. 21. Europäische Sozialcharta: http://conventions.coe.int/Treaty/GER/Treaties/Html/035.htm [07.12.2015].

150 | Zur Justiziabilität siehe Schneider (2004). Das Fakultativprotokoll zum UN-Sozialpakt, das die Möglichkeit einer Individualbeschwerde vorsieht, ist zwar von Deutschland unterzeichnet, allerdings noch nicht ratifiziert worden. Die Partei B'90/Die Grünen hat die Bundesregierung im Februar 2012 aufgefordert, diesen Schritt nachzuholen.

151 | Siehe dazu auch Bielefeldt (2007), S. 2-4.

152 | Aichele (2009), S. 212 und siehe »Substantive issues arising in the implementation of the International Convenant on Economis, Social and Cultural Rights, General Comment No. 14 (2000) vom 11.08.2000: The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), E/C.12/2000/4.50:« »Violations of the obligation to respect are those State actions, policies or laws that contravene the standards set out in article 12 of the Covenant and are likely to result in bodily harm, unnecessary morbidity and preventable mortality. Examples include the denial of access to health facilities, goods and services to particular individuals or groups as a result of de jure or de facto discrimination; the deliberate withholding or

ausschuss, der den Stand der Maßnahmen und die Fortschritte der Staaten bezüglich der im Sozialpakt festgelegten Rechte beurteilt, führt aus, dass die Achtungspflicht für den Staat bedeutet, eine Einschränkung im Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle Menschen, ausdrücklich auch für »*illegal immigrants*«, zu unterbinden:

»In particular, States are under the obligation to respect the right to health by, inter alia, refraining from denying or limiting equal access for all persons, including prisoners or detainees, minorities, asylum seekers and illegal immigrants, to preventive, curative and palliative health services [...].«[153]

Die Schutzpflicht fordert vom Staat, »Maßnahmen zu ergreifen, welche private Dritte daran hindern«, das Recht auf Gesundheit zu beeinträchtigen. Durch »angemessene legislative, administrative, finanzielle, gerichtliche, fördernde und sonstige Maßnahmen«, die »die volle Verwirklichung des Rechts zum Ziel haben« muss der Staat seiner Gewährleistungspflicht nachkommen.[154] Zwar gelten Menschenrechte nicht unbeschränkt, doch müssen Einschränkungen verhältnismäßig sein. Das Bundesministerium des Innern (BMI) hat dargelegt, dass vor dem Recht auf Gesundheit der Migrationskontrolle den Vorzug zu geben ist.[155] Zum einen beinhaltet diese *Policy* die Prämisse, dass ein mangelnder Zugang zu medizinischen Einrichtungen kontrollierend auf ungewollte Migration einwirke, zum anderen impliziert es, das dem Ordnungsrecht, für den Fall, dass die Prämisse einem Faktum entspricht, für sich eine höhere Bedeutung zukommt, als der Verwirklichung des Menschenrechts. Diese Vorstellung lässt außen vor, welche Zielsetzung dem Ordnungsrecht zugrunde liegt. Der Jurist Valentin Aichele formuliert es so: »Eine von den Menschenrechten entkoppelte Zielsetzung des Ordnungsrechts darf es daher nicht geben. Dagegen sollte Ordnungsrecht der Sicherung menschenrechtlicher Gewährleistung dienen. Gerade darin sollte das Ziel für die deutsche Ordnungspolitik liegen.«[156] Das Bundesverfassungsgericht hat jüngst – anlässlich einer Entscheidung zu den Regelungen der Grundleistungen nach dem

---

misrepresentation of information vital to health protection or treatment; the suspension of legislation or the adoption of laws or policies that interfere with the enjoyment of any of the components of the right to health; [...]«.

153 | CESCR, General Comment No. 14 (2000), 34.

154 | Aichele (2009), S. 210.

155 | Vgl. Bundesministerium des Innern (2007), S. 39 und S. 41. Zu weiterer Kritik am Prüfauftrag »Illegalität« siehe z.B. Allenberg/Löhr (2009), S. 130-133. Zur Bedeutung der Politikkohärenz siehe beispielsweise Commission on Social Determinants of Health (2008), S. 112.

156 | Aichele (2009), S. 220.

Asylbewerberleistungsgesetz – der Bedeutung der Menschenwürde in seiner Pressemitteilung Ausdruck verliehen, wie eingangs des Kapitels zitiert. Ob es überhaupt zutrifft, dass die Verweigerung eines *bedingungslosen* Menschenrechts wie dem Recht auf Gesundheit migrationskontrollierend wirkt, wird vielfach bestritten. Interviews mit Migrantinnen und Migranten ohne Papiere weisen darauf hin, dass in der primären Entscheidung zur Migration Faktoren medizinischer Versorgung keine Rolle spielen.[157] Inwiefern sie nach vollzogener Migration für den längeren Verbleib als Kofaktor relevant ist, lässt sich nur mutmaßen und wird von individuellen Kompensationsmöglichkeiten abhängen. Die Stellungnahme des BMI induziert die Fragen nach der Berechtigung, Gesundheit als migrationskontrollierenden Faktor nutzen zu wollen, und in welchem Umfang der verwehrte Zugang zu einer Abnahme undokumentierter Migration theoretisch führen soll. Kann also für die vermutlich insgesamt jüngere Population der behinderte Zugang zu medizinischer Regelversorgung in für das BMI »relevantem« Umfang entscheidend sein, die Kosten und Mühen der Remigration ins Herkunftsland auf sich zu nehmen bei hier bestehenden sozialen Bindungen oder Arbeitsverhältnissen? Die Frage berührt nicht die inhaltliche Bestimmung staatlicher Ordnungsfunktion und völkerrechtlicher Bindungen. Doch in der gesetzgeberischen Praxis sind Quantifizierungen für die Relevanz von Maßnahmen nicht unerheblich. Darüber hinaus werden auch besonders schutzbedürftige Gruppen wie Kinder, Schwangere und alte Menschen von den ordnungsrechtlichen Vorstellungen getroffen. Die Bundesregierung hat auch hinsichtlich dieser spezifischen Lebenslagen völkerrechtliche Verträge unterzeichnet, die den Schutz der Menschenrechte sicherstellen sollen: So beispielsweise das »Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau vom 18. Dezember 1979«, welches 1985 in Kraft trat. In Artikel 12 ist festgehalten, dass »die Vertragsstaaten für angemessene und erforderlichenfalls unentgeltliche Betreuung der Frau während der Schwangerschaft sowie während und nach der Entbindung und für eine ausreichende Ernährung während der Schwangerschaft und der Stillzeit« zu sorgen haben. In der UN-Kinderrechtskonvention, die von Deutschland 1992 ratifiziert worden ist, erklären die Staaten verbindlich, das Recht auf Gesundheit des Kindes zu achten, zu schützen und zu gewährleisten, unabhängig von seinem Status.[158] Insbesondere für Kinder, die den Status eines Flüchtlings begehren oder innehaben, müssen die Vertragsstaaten einen angemessenen Schutz und Hilfe in der Wahrnehmung ihrer Rechte sicherstellen.[159] Im Jahr

157 | Siehe beispielsweise Médecins du Monde European Observatory On Access To Healthcare (2009), S. 53.

158 | Übereinkommen über die Rechte des Kindes (UN-Kinderrechtskonvention) vom 20. November 1989, Art. 24, Abs. 1.

159 | Ebd., Art. 22.

2010 hat die Bundesregierung schließlich auch ihre Vorbehaltserklärung zurückgenommen, die sie mit der Ratifizierung hinterlegt hatte. Das Deutsche Institut für Menschenrechte äußert sich dazu in seiner Presseerklärung:

»Bisher gibt es im deutschen Aufenthalts- und Asylrecht keine Bestimmungen, die für unbegleitete Flüchtlingskinder einen besonderen Schutz vorsehen. Sie können an der Grenze zurückgewiesen werden, in asyl- und ausländerrechtlichen Verfahren werden sie bereits ab dem 16. Lebensjahr wie Erwachsene behandelt. In einigen Bundesländern werden sie in Asylbewerberunterkünften für Erwachsene untergebracht. Es passiert sogar, dass Minderjährige in Abschiebungshaft genommen werden.«[160]

Durch die Rücknahme des Vorbehalts kann nun deutlich signalisiert werden, dass die in der UN-Kinderrechtskonvention festgehaltenen Rechte zu beachten sind und das Kindeswohl Vorrang genießt.[161] In einer Antwort des BMI vom 29.1.2014 auf ein Schreiben Katja Dörners, Mitglied des Bundestages (MdB), zur Übermittlungspflicht führt das Bundesministerium des Innern dann auch aus:

»Die in § 87 AufenthG aufgenommene Einschränkung der Übermittlungspflichten für Schulen sowie Bildungs- und Erziehungseinrichtungen ist jedoch geboten, weil Kindern der Aufenthaltsrechtsverstoß ihrer Eltern nicht als eigenes Verschulden zugerechnet werden kann. Um ihnen für ihre Zukunft eine bessere Lebensperspektive zu bieten und geistiger sowie psychischer Verwahrlosung entgegenzuwirken, wird ihnen unabhängig vom Aufenthaltsstatus der Zugang zu Bildung und Erziehung ermöglicht.« [162]

Weiter wird in dem Schreiben in Bezug zur Gesundheitsversorgung auf die Anspruchsberechtigung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz verwiesen. Es wird ausgeführt, dass Deutschland »menschenrechtliche Verpflichtungen eingegangen« ist, aber:

»Diese können den Staat jedoch nicht dazu verpflichten, den unerlaubten Aufenthalt von Menschen dauerhaft zu ermöglichen, die zwar seine sozialen Leistungen und seine Gerichtsbarkeit für sich nutzen wollen, sich jedoch der Rechtsordnung und Jurisdiktion des Staates im Übrigen entziehen.«[163]

160 | Cremer (2010), o.S.

161 | Zu weiteren internationalen Abkommen, die sich zum Recht auf Gesundheit erklären, siehe die Darstellung bei Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM) (2007), S. 34-35.

162 | Antwortschreiben von Dr. Ole Schröder, MdB, Parlamentarischer Staatssekretär im Bundesministerium des Innern vom 29. Januar 2014 auf einen Brief von Katja Dörner, MdB.

163 | Ebd.

Das Kindeswohl wird im Zusammenhang mit Bildung nun als schützenswert beurteilt, im Bezug zur medizinischen Versorgung allerdings nicht. Die menschenrechtlichen Verpflichtungen werden vom Bundesministerium als nicht vorbehaltlos verstanden, sondern als abhängige Leistung. Doch auch auf europäischer Ebene finden sich in völkerrechtlich bindenden Vertragswerken wie der Europäischen Sozialcharta und der Charta der Grundrechte der Europäischen Union[164] das Recht auf Gesundheit wieder. Zwar ist der Bereich Gesundheitspolitik explizit aus dem Kompetenzbereich der EU ausgeschlossen, doch mit den Verträgen wird die Sicherstellung eines Zugangs zu gesundheitlicher Versorgung konstatiert: »Insoweit statuiert die Grundrechtecharta in Zukunft ein Mindestschutzniveau, wenn sie weitergehenden Schutz als andere Quellen, wie beispielsweise das nationale Recht gewährt.«[165]

Aber:

»[...] Art. 35 der Grundrechtecharta garantiert das Recht auf Zugang zu ärztlicher Versorgung nicht unbedingt, vielmehr richtet sich diese Versorgung nach ›Maßgabe der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten‹ [...]. Ob der Gerichtshof auch in dieser Frage politische Defizite durch justiziell konstruierte Verbürgungen auszugleichen sucht, bleibt abzuwarten. [...] Im Zusammenspiel mit der EMRK [...] könnte durchaus ein Grundrecht auf medizinische Grund-/Basisversorgung auf der europäischen Ebene entstehen.«[166]

Interessant in diesem Zusammenhang ist die Darstellung des Menschenrechtsansatzes der deutschen Entwicklungspolitik im Gesundheitsbereich. Das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) legt seine Position wie folgt dar:

»Ein Menschenrechtsansatz besteht in der expliziten Orientierung der Entwicklungspolitik an menschenrechtlichen Verpflichtungen aus den internationalen und regionalen Menschenrechtsabkommen und den Menschenrechtsprinzipien ›Nicht-Diskriminierung/Chancengleichheit‹, ›Rechenschaftspflicht/Transparenz‹ und ›Partizipation/Empowerment‹. Er untermauert ein emanzipatorisches Verständnis von Entwicklungszusammenarbeit, das alle Menschen als Subjekte und Akteure ihrer eigenen Entwick-

164 | Die Grundrechtecharta der Europäischen Union ist mit dem Vertrag von Lissabon im Dezember 2009 rechtskräftig geworden. Sie ist allerdings nicht mehr wie ursprünglich vorgesehen Teil eines Verfassungsvertrages und z.B. für Großbritannien und Polen nicht bindend.

165 | Tohidipur (2009), S. 194.

166 | Ebd., S. 194. Die Abkürzung EMRK steht für Europäische Menschenrechtskonvention.

lung sieht und fördert. Aus ›Zielgruppen‹ und ›Bedürftigen‹ werden Trägerinnen und Träger rechtlicher Ansprüche; aus staatlichen Partnerorganisationen Pflichtenträger.«[167]

Das Ministerium erkennt im »Ausschluss vieler armer und benachteiligter Menschen von essentiellen Gesundheitsdiensten« eine wesentliche Ursache für Erkrankungen und Sterblichkeit.[168] Des Weiteren wird unter den vom Sozialausschuss benannten Kernelementen für ein Recht auf Gesundheit der diskriminierungsfreie Zugang zu medizinischen Versorgungseinrichtungen aufgeführt.[169] Die Bedeutung des Menschenrechtsansatzes wird also in der entwicklungspolitischen Debatte vertreten. Im Protokoll zum periodischen Staatenbericht zur Menschenrechtssituation vor dem UN-Menschenrechtsrat 2009 in Genf wird der Bericht der Bundesregierung zur Situation von Migrantinnen und Migranten ohne Papiere so zusammengefasst:

»Die Zahl der undokumentierten Zuwanderer in Deutschland sei zwar unbekannt, doch sei die Regierung darauf bedacht, sicherzustellen, dass sie mit Würde behandelt werden. Aus Furcht vor Abschiebung seien viele nicht zur Offenlegung ihres Status bereit, was zu Problemen beim Zugang zur Gesundheitsversorgung und zu Schulbildung für die Kinder führe. Viele Migranten ohne gültige Ausweispapiere schickten ihre Kinder nicht zur Schule, da der Status der Eltern dadurch bekannt werden könnte. Zur Bewältigung dieses Problems sei angeregt worden, die gesetzliche Übermittlungspflicht von Schulen gegenüber den Ausländerbehörden aufzuheben.«[170]

Der eingeschränkte Zugang wird zwar erkannt, allerdings hinsichtlich der Gesundheitsversorgung die Handlungspflicht bei den Betroffenen gesehen, entgegen aller alltagspraktischer Erfahrung und Handlungshinweise für die eigene Entwicklungszusammenarbeit. Whitehead und Dahlgren haben es in ihrem bekannten Bericht »Levelling up« zur sozialen Ungleichheit treffend ausgedrückt: »[...] the greatest danger may lie in wider macro-policies that hide the negative health impacts, because they are not seen as health related [...].«[171]

167 | Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2009), S. 7.

168 | Ebd., S. 5.

169 | Vgl. ebd., S. 8.

170 | Vereinte Nationen – Menschenrechtsrat (2009), I.A.12.

171 | Whitehead/Dahlgren (2006), S. 19.

2.5 Migrantinnen und Migranten mit Papieren, aber ohne Krankenversicherung

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung kann allerdings nicht nur für Migrierte, die sich unerlaubt in Deutschland aufhalten, mit hohen Hürden behaftet sein, sondern auch für Zugewanderte, die registriert und gemeldet sind. Dazu gehören z.B. Asylsuchende, Flüchtlinge sowie Bürgerinnen/Bürger der EU. Asylbewerberinnen und -bewerber beziehen für die Dauer ihres Verfahrens reduzierte Gesundheitsleistungen nach §§ 4 und 6 AsylbLG (Kapitel 2.4). Mit den Änderungen des AsylbLG im März 2015 werden die reduzierten Gesundheitsleistungen für nun nicht mehr 48 sondern 15 Monate (§ 2 Abs. 1 AsylbLG) bezogen. Allerdings dürfen die Betroffenen in dem Zeitraum die Aufenthaltsdauer nicht selber »missbräuchlich« beeinflusst haben, also sich z.B. einem Abschiebebescheid entzogen haben. Nach 15 Monaten werden Leistungen analog dem SGB XII bezogen. Die Beurteilung, was gemäß der §§ 4 und 6 AsylbLG medizinisch notwendig ist, liegt im ärztlichen Ermessen und wird üblicherweise im Sozialamt, ggf. amtsärztlich entschieden. In der Vergangenheit suchten auch Menschen im Asylverfahren Hilfsorganisationen auf, da ihnen die Ausstellung eines Krankenscheins im Sozialamt verwehrt worden war.[172] Es findet sich zudem eine Reihe von Gerichtsurteilen über die Frage der Zuerkennung von beantragten Leistungen, die nach Auffassung der Ämter nicht dem im AsylbLG festgelegtem Umfang entsprechen.[173] Hauptstreitpunkt bleibt auch hier die Abgrenzung chronischer von akuten Erkrankungen sowie der Ermessensspielraum »sonstiger, zur Sicherung der Gesundheit unerlässlicher Behandlungen« (§ 6 AsylbLG). In einem Fall beispielsweise litt ein Patient an einer beidseitigen Zerstörung der Hüftgelenke, die eine Operation erforderlich machte, die verweigert worden war und der Patient mit Schmerzmittel behandelt werden sollte.[174] Andere Fälle betrafen Psychothera-

172 | Z.B. Malteser Hilfsdienst e.V. Köln (o. J.), S. 3. Auch nach bisherigem Stand der noch andauernden Auswertung der Patientinnen- und Patientendaten der Malteser Migranten Medizin Hannover durch die Autorin zeigt, dass vereinzelt Asylbewerberinnen und -bewerber die Hilfsorganisation aufgesucht haben. Einige Fälle gehen auch immer wieder durch die Medien, wie z.B. die Verweigerung eines Krankentransports in einer Erstaufnahmestelle für ein kleines Kind, das schwere Krankheitssymptome aufwies. Vgl. z.B. Augsburger Allgemeine vom 01.04.2014: www.augsburger-allgemeine.de/bayern/Kein-Arzt-fuer-krankes-Kind-gerufen-Mitarbeiter-von-Fluechtlingslager-vor-Gericht-id29384792.html [28.04.2015].

173 | Vgl. Classen (2010), S. 14-17.

174 | VG Mainz 1 L 1062/99.MZ, B. v. 27.10.99 und VG Gera 6 K 1849/01 GE, U. v. 07.08.03.

pien, Zahnbehandlungen, orthopädische Schuhe und Brillen für Kinder.[175] In Bremen hat das Land 2005 ein sogenanntes »Bremer Modell« eingeführt. Danach erhalten alle Asylsuchende bereits nach Verlassen der Erstaufnahmestelle eine Krankenversicherungskarte der AOK-Bremen/Bremerhaven, die im Leistungsumfang unter Berufung auf §6 AsylbLG den GKV-Leistungen fast entspricht.[176] Ein Entscheidungsvorbehalt gibt es dann nur noch bei »Antragleistungen«[177] wie Psychotherapien, Vorsorgekuren, Reha-Maßnahmen, Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlungen. Disease Management Programme, künstliche Befruchtungen und freiwillige Zusatzleistungen der Krankenkasse sind ausgeschlossen. Ziel der Einführung der Versichertenkarte waren u.a. die »Vermeidung der Stigmatisierung der Asylantragssteller« und die »Reduzierung des Verwaltungsaufwandes bei den Sozialämtern«.[178] Mit der Krankenversicherungskarte entfallen für die Betroffenen der Gang zum Sozialamt, eine offensichtliche Unterscheidung beim medizinischen Dienstleister und viele Einschränkungen im Behandlungsumfang. Die Krankenkasse erhält pro Person eine Verwaltungspauschale von zunächst 8 €, jetzt 10 €. Die Ausgaben pro Person durch das Land sind zwischen den Jahren 2009 und 2012 stabil geblieben. Eine Bund-/Länder-Arbeitsgruppe prüfte 2015 über einige Monate, ob die Chipkarte für Asylsuchende in allen Bundesländern bereits unmittelbar nach Verlassen der Erstaufnahmestelle eingeführt werden soll.[179] Im Ergebnis *empfiehlt* der Bund den Ländern lediglich, eine Gesundheitskarte einzuführen. Damit verbleibt die politische Entscheidung über deren Einführung bei den Landesregierungen. Die gesetzlichen Krankenkassen können dann von den Ländern durch eine Änderung des §264 Nr. 1 SGB V zu einem Vertrag mit den Kommunen über die Übernahme der Gesundheitsleistungen gezwungen werden. Allerdings beinhaltet die Änderung des §264 SGB V auch eine Kennzeichnungspflicht auf einer optionalen Gesundheitskarte. Diese

175 | Vgl. ebd., zudem Fallbeispiele aus der Beratung der Medizinischen Flüchtlingsberatung Hannover sowie vgl. Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen (NTFN): www.ntfn.de/wp-content/uploads/2010/12/Gef%C3%A4hrdung-der-psychotherapeutischen-Versorgung-Gefl %C3 %BCchteter-durch-AsylbLG_Novelle.pdf [16.04.15].

176 | Gesetzliche Grundlage für die Vereinbarung zwischen den Städten Bremen, Bremerhaven und AOK Bremen/Bremerhaven ist § 264 Abs. 1 SGB V.

177 | Damit sind Leistungen gemeint, für die gesetzlich Krankenversicherte einen Antrag bei ihrer Krankenkasse auf Kostenübernahme stellen müssen.

178 | Vortrag von Holger Adamek (aus dem Ressort Soziales, Kinder, Jugend und Frauen, Bremen) am 21.03.15 in Bremen im Rahmen der Fachtagung »Bremer Modell und Gesundheitskarte für Asylsuchende«.

179 | Siehe z.B. Deutsches Ärzteblatt vom 27.04.15: www.aerzteblatt.de/nachrichten/62629/Gesundheitskarte-fuer-Fluechtlinge-Bundesbeauftragte-optimistisch [28.04.2015].

Markierung soll anzeigen, »dass es sich um einen Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes handelt« (§264 Abs. 1 SGB V). Eine ärztliche Ungleichbehandlung soll damit gesichert sein. Mit dem sogenannten Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz von Oktober 2015 gibt es nun noch für Menschen mit einer »Duldung« und andere Gruppen weitere Leistungseinschränkungen in der medizinischen Versorgung (§1a AsylbLG), wenn »von ihnen selbst zu vertretenden Gründen aufenthaltsbeendende Maßnahmen nicht vollzogen werden können«. Sie sollen u.a. keinen Anspruch mehr auf »Einzelfall-Leistungen« haben, die zur »Sicherung der Gesundheit« unerlässlich sind (§6 AsylbLG). Bei Flüchtlingen können sich die Restriktionen im Zugang zu einer medizinischen Versorgung noch einmal unterscheiden. In den letzten Jahren betraf dies insbesondere Flüchtlinge aus Syrien, die im Rahmen eines Familiennachzugs nach Deutschland kamen. Seit 2013 hatten der Bund und die Bundesländer mit Ausnahme Bayerns spezielle Aufnahmeprogramme für sie beschlossen. In den Bundesländern gab es dazu unterschiedliche Regelungen. Für den Bereich der Gesundheitsversorgung ist die »Verpflichtungserklärung« als Voraussetzung für eine Aufenthaltserlaubnis relevant. Bis Ende Dezember 2014 galt z.B. in Niedersachsen, dass die hier lebenden Verwandten für jede Person eine Erklärung abgeben mussten, in der sie sich verpflichteten, die Kosten für den Unterhalt der einreisenden Person zu übernehmen. Das schloss auch die medizinische Versorgung ein, was zu unhaltbaren Zuständen führte, da Verwandte immer wieder faktisch nicht in der Lage waren, für größere medizinische Behandlungen aufzukommen. Seit dem 22.12.14 hat die Landesregierung per Erlass die Übernahmepflichten laut Verpflichtungserklärung eingeschränkt und übernimmt die Kosten medizinischer Behandlungen nach §§4 und 6 AsylbLG, zumindest wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.[180] Bei vielen humanitär tätigen Hilfsorganisationen zeigte sich in den letzten Jahren eine Zunahme von Patientinnen und Patienten aus Ländern der Europäischen Union (EU).[181] Dies steht in engem Zusammenhang mit der Erweiterung der EU und ihren Richtlinien: Der EU sind 2004 unter anderen die Länder Polen, Tschechien, Slowenien, Ungarn, Slowakei und die baltischen Staaten beigetreten, 2007 folgten Bulgarien und Rumänien. Mit dem Beitritt zur EU erlangen die Bürgerinnen und Bürger der Union Grundfreiheiten wie die Freizügigkeit, was das Recht auf Einreise und Aufenthalt in den Staaten der Europäischen Union (Freizü-

180 | Z.B. müssen die Verwandten mindestens seit dem 01.01.2013 in Deutschland leben. RdErl. des Niedersächsischen Ministeriums für Inneres und Sport vom 22.12.2014 – 12230/1-8 (§ 23 Abs. 1 AufenthG).

181 | Siehe die Jahresberichte der Malteser Migranten Medizin aus verschiedenen Städten, Malteser Hilfsdienst e.V. (2015), Castañeda (2009), Huschke/Twarowska (2011), Nitschke et al. (2011).

gigkeitsgesetz/EU – FreizügG/EU) beinhaltet. Im Prinzip gilt mit dem Beitritt ebenfalls eine *Arbeitnehmer*freizügigkeit, was eine Arbeitsaufnahme in allen Staaten der EU zulässt. Allerdings hat Deutschland von einem länderbezogenem Vorbehalt Gebrauch gemacht, der die Arbeitnehmerfreizügigkeit für den maximal ausschöpfbaren Zeitraum von sieben Jahren für Staatsangehörige aus den genannten »neuen« Mitgliedsstaaten deutlich einschränkt. Für die Aufnahme einer abhängigen Beschäftigung war für Unionsbürgerinnen und -bürger aus Beitrittsstaaten von 2004 und 2007 eine nur unter bestimmten Bedingungen zu erhaltende Arbeitsgenehmigung-EU nötig. Die Möglichkeit zur legalen Arbeitsaufnahme war damit erheblich eingeschränkt.[182] Kroatien ist im Juli 2013 der EU beigetreten, Deutschland hat auch für Staatsangehörige aus diesem neuen Beitrittsstaat einen Vorbehalt zur Arbeitnehmerfreizügigkeit geltend gemacht. Da in Deutschland das Finanzierungssystem medizinischer Leistungen eng an das Arbeitsverhältnis gebunden ist, hatte und hat diese Einschränkung erhebliche Auswirkungen beim für einen Zugang zur Gesundheitsversorgung. Für die ersten drei Monate eines Aufenthalts in Deutschland muss ein gültiger Krankenversicherungsschutz bestehen. Mittels der durch den Kostenträger im Herkunftsland auszustellenden Europäischen Krankenversicherungskarte (European Health Insurance Card – EHIC) kann die medizinische Versorgung in einem bestimmten Umfang wahrgenommen werden.[183] Nach Ablauf der drei Monate ist die Zuständigkeit der Kostenträgerschaft abhängig vom »gewöhnlichen Aufenthalt«, wo der Wohnsitz »für gewöhnlich« anzunehmen ist. Kann er für Deutschland geltend gemacht werden, dann »unterliegt die betreffende Person normalerweise dem deutschen Krankenversicherungssystem«.[184] Allerdings ist noch der Aufenthaltsgrund bzw. -zweck für die Kostenträgerschaft relevant. Als Arbeitnehmende oberhalb der Minijob-Grenze von 450 € pro Monat ist die Mitgliedschaft in einer hiesigen Krankenversicherung in der Regel problemlos. Schwierig bleibt die Rechtslage bei Personen mit einer Unionsbürgerschaft, die arbeitssuchend sind und sich allein zu diesem Zweck in Deutschland befinden. Da schließt nämlich das SGB Leistungen und damit auch Beiträge an die Krankenkasse durch die Jobcenter explizit aus (§7 Abs. 1, Satz 2, Nr. 2 SGB II). Allerdings ist dieser Leis-

182 | Die Einschränkungen zur Arbeitnehmerfreizügigkeit galten nicht für Bürgerinnen und Bürger von Zypern und Malta, die ebenfalls 2004 der EU beigetreten sind.

183 | Mit der EHIC kann die Ärztin/der Arzt nicht direkt abrechnen, es müssen zusätzlich die Vordrucke 80 und 81 zu den Personalien und dem Aufenthaltszeitraum ausgefüllt werden. Die Vordrucke können z.B. von einer GKV bezogen werden. Allerdings ist dieser Umstand möglicherweise nicht hinreichend bekannt, wie es z.B. Holger Dieckmann (Verein Innere Mission Bremen) aus seiner praktischen Beratungserfahrung i.R. einer Tagung des Deutschen Roten Kreuzes (DRK) am 12.12.13 in Berlin geschildert hat.

184 | Der Paritätische Gesamtverband (2014), S. 12.

tungsausschluss nach wie vor sehr umstritten, sowohl in der nationalen Rechtsprechung als auch auf europäischer Ebene aufgrund des europäischen Gleichbehandlungsgebotes (Art. 4 Koordinierungsverordnung 883/2004). In der Praxis muss bei Ablehnung durch das Jobcenter der Rechtsweg bestritten werden, um ggf. doch eine Kostenübernahme zu erreichen. »Arbeitssuchende« können sich im Übrigen mit einem Mindestbetrag von derzeit ca. 160 € monatlich bei einer gesetzlichen Krankenversicherung versichern lassen, der allerdings auch rückwirkend ab »Entstehen der Versicherungspflicht« gezahlt werden muss. Für Selbstständige gibt es ebenfalls die Möglichkeit in einer gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland versichert zu werden, der Beitragssatz liegt allerdings höher als für »Arbeitssuchende« und die Vorversicherung im Herkunftsland muss über ein Formular nachgewiesen werden. Es gibt viele weitere Einschränkungen bzw. besondere Bedingungen für Studierende, Auszubildende, Familienangehörige und Nicht-Erwerbstätige, die aus anderen EU-Staaten kommen und nun in Deutschland leben. In diesem Kapitel sollen lediglich die vielen Konstellationen deutlich werden, weshalb Migrantinnen und Migranten über keinen Kostenträger für eine medizinische Behandlung verfügen und deshalb von der Regelversorgung ausgeschlossen sein können.[185] Die Freizügigkeit für Deutschland bzw. den jeweiligen Aufenthaltsort kann unter bestimmten Bedingungen von der Ausländerbehörde entzogen werden. Z.B. wenn die Arbeitssuche nach sechs Monaten nicht erfolgreich war und die Behörde davon ausgeht, dass die Arbeitssuche weiterhin nicht erfolgreich sein wird, kann in einem begründeten Entscheid der Verlust der Freizügigkeit festgestellt werden. Solange die Betroffenen nicht ausreisen und nicht abgeschoben werden, unterliegen sie im Zugang zur medizinischen Versorgung dem Asylbewerberleistungsgesetz mit seinen Restriktionen. Bis die volle Arbeitnehmerfreizügigkeit für Unionsbürgerinnen und -bürger aus den EU-Beitrittsstaaten von 2004 sowie 2007 ab Mitte 2011 bzw. für letztere ab Januar 2014 galt, waren insbesondere sie häufig von einem fehlenden Krankenversicherungsschutz betroffen. Nun betrifft es vor allem neben den genannten »Arbeitssuchenden« die Menschen aus Kroatien.

185 | Für detailliertere Ausführungen zur Rechtslage für Unionsbürgerinnen und -bürger sei z.B. auf das Beratungshandbuch vom Paritätischen Gesamtverband (Oktober 2014 erschienen) verwiesen.

3. Gesundheit und Krankheit bei undokumentierten Migrantinnen und Migranten

Die kriegerischen Konflikte in verschiedenen Regionen der Welt und die erschwerten Immigrationswege beeinflussen den Krankheitszustand der Migrierten. Die massive Sanktion der Menschen ohne Papiere, die in der Folge einer Erkrankung das Gesundheitssystem in Anspruch nehmen müssen, bestimmen Krankheitsschwere, -dauer und Sterblichkeit. Auch die alternativen Behandlungswege sowie Zugänge zu Versorgungseinrichtungen außerhalb der regulären Versorgung sind relevante Faktoren für Gesundheit und Krankheit nicht versicherter Migrantinnen und Migranten. Die Morbidität und Mortalität migrierter Bevölkerungsgruppen in den zunehmend heterogenen Gesellschaften sind daher seit einigen Jahren vermehrt in den Blickpunkt gesundheitswissenschaftlicher Forschung gekommen. Epidemiologische Studien – nationale und internationale – kommen dabei zu unterschiedlichen Ergebnissen. Die Ursachen hierfür sind breit gestreut: In Deutschland wurde in amtlichen Statistiken bis 1970 die Staatsangehörigkeit nicht berücksichtigt; Erst seit 2005 findet sich eine Differenzierung der Bevölkerung nach Migrationshintergrund[1] in den Daten des Statistischen Bundesamtes. Aufgrund der großen Heterogenität von Migrantinnen und Migranten sowie der Folgegenerationen bezüglich Herkunft, Aufenthaltsdauer, Staatsangehörigkeit und soziodemografischem Status sind allgemeine Aussagen zum Gesundheitszustand kaum möglich. Studienergebnisse sind aufgrund der Vielzahl zu berücksichtigender Faktoren nur schwer vergleichbar. So zeigte etwa der vom

1 | Das Statistische Bundesamt erfasst seit 2005 im jährlichen Mikrozensus nun auch die Kategorie »Menschen mit Migrationshintergrund«. Es wird abhängig vom Zeitpunkt des Migrationsereignisses zwischen Menschen mit Migrationshintergrund im engeren und weiteren Sinn unterschieden. Siehe hierzu im Internet auf den Seiten des Statistischen Bundesamtes: www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund/Aktuell.html [18.07.2013].

Robert Koch-Institut im Zeitraum von 2003-2006 durchgeführte Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS-Studie) keine Unterschiede in der Auftretenshäufigkeit von Schmerzen zwischen Jugendlichen mit Eltern deutscher Staatsangehörigkeit und Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund, während in einer 2002 von der WHO publizierten Gesundheitsstudie für Deutschland Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund häufiger über Schmerzen klagten.[2] Auch bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die Kategorie der Haupttodesursachen in der Europäischen Union, finden sich keine eindeutigen Resultate. In der systematischen Sekundäranalyse von Knipper und Bilgin aus dem Jahr 2009 werden einige der widersprüchlichen Ergebnisse dargestellt.[3] Sie kommen zu dem Schluss: »Der Gesundheitszustand der in Deutschland lebenden Bevölkerung mit Migrationshintergrund ist nicht grundsätzlich besser oder schlechter als derjenige der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund.«[4] In einigen Studien wird die Morbidität und Mortalität von Zugewanderten als geringer im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung beschrieben.[5] Noch schwieriger ist eine Analyse der Gesundheitssituation der undokumentierten Migrantinnen und Migranten. Da es keinerlei statistische Erfassung der gesamten, sich ohne Aufenthaltserlaubnis in Deutschland befindenden Menschen gibt, können keine repräsentativen Aussagen für diese Bevölkerungsgruppe getroffen werden. Hinzu kommt, dass die Feststellungen bezüglich der Heterogenität der Migrierten, die sich aufenthaltsrechtlich legal in Deutschland befinden, gleichermaßen für Menschen ohne Papiere zutreffen und allgemeine Aussagen erschweren. Allerdings hat diese Bevölkerungsgruppe Eines gemeinsam: Migrantinnen und Migranten ohne Papiere haben keinen oder doch nur einen sehr beschränkten Zugang zu medizinischen Diensten. Daher bleibt trotz der Heterogenität der Gruppe die Frage relevant, welche Auswirkungen ein verhinderter Zugang zur regulären medizinischen

2 | Vgl. Robert Koch-Institut/Statistisches Bundesamt (2008c), S. 87-93 und Robert Koch-Institut/Statistisches Bundesamt (2008a), S. 83-84.

3 | Vgl. Knipper/Bilgin (2009). Wird beispielsweise für die türkischstämmige Bevölkerung in Deutschland in Bezug auf Diabetes mellitus Typ II, Hepatitis B und Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhöhte Morbiditätsraten im Vergleich zur Gesamtbevölkerung berichtet, weisen andere Studien gerade für diese Gruppe auf einen *Healthy-Migrant-Effect* hin. Deutliche Morbiditätsunterschiede zur Gesamtbevölkerung zeigen sich zudem in weiteren Subpopulationen. Eine geringere Mortalität ergab sich etwa bei Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion in einer 2007 publizierten Studie insbesondere in Bezug auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen und den meisten Krebserkrankungen. Bei Kindern mit Migrationshintergrund ist laut KiGSS-Studie die Morbidität von Allergien, Asthma und einiger Infektionserkrankungen wie Bronchitis oder Otitis media erniedrigt.

4 | Knipper/Bilgin (2009), S. 34.

5 | Ebd., S. 34.

Versorgung auf die Morbidität hat. Theorien zu Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit und zum Gesundheitszustand von Migrierten in Deutschland finden auch in diesem Kontext Verwendung. Dazu können empirische Untersuchungen zu den Erfahrungen von Expertinnen und Experten sowie der Betroffenen Hinweise auf die Situation und besondere gesundheitliche Gefährdungen geben. In Kapitel 3 sollen Kenntnisse zu den bestimmenden Faktoren von Gesundheit und Krankheit auf die Situation Papierloser angewandt und weiter entwickelt werden. Die Darstellung quantitativer Daten diagnostizierter Erkrankungen bzw. Zustände (Beispiel Schwangerschaft) bei Menschen ohne Papiere verdeutlicht Tendenzen und mögliche Problemlagen der Versorgungssituation.

3.1 *Healthy-Migrant-* versus *Unhealthy-Undocumented-Effect*

Gesundheit und Krankheit einer Population wird unter anderem bestimmt durch demografische Gegebenheiten wie Alter, Geschlecht sowie durch sozioökonomische Faktoren. In der epidemiologischen Forschung zu sozialer Ungleichheit zeigen viele Studien deutliche Unterschiede im Risikoverhalten, in der Morbidität und Mortalität abhängig vom (Haushaltsnetto-)Einkommen, dem Bildungsniveau oder dem Berufsstatus.[6] Internationale Studien und Untersuchungen aus Deutschland weisen ein signifikantes sozioökonomisches Gefälle aus: Verhaltensbezogene Risikofaktoren wie Rauchen, sportliche Inaktivität, Übergewicht und Hypertonie finden sich beispielsweise deutlich häufiger bei Menschen mit niedrigem Bildungsniveau, geringem Einkommen und niedrigem Berufsstatus bzw. Arbeitslosigkeit (*Healthy-Worker-Effect*).[7] Auch das Risiko für Erkrankungen wie Rückenschmerzen, chronische Bronchitis, Schlaganfall und Depression bei Männern sowie Herzinfarkt, Diabetes mellitus (Typ II) und Depression bei Frauen ist bei sozial benachteiligten Menschen deutlich erhöht.[8] Migrantinnen und Migranten in Deutschland haben überdurchschnittlich häufiger einen niedrigeren Bildungsabschluss und sind öfter von Arbeitslosigkeit betroffen.[9] Doch obwohl sie häufiger einen niedrigeren sozioökonomischen Status aufweisen als deutsche Staatsangehörige ohne Migrationshintergrund zeigt sich in Studien hinsichtlich einiger

6 | Vgl. Robert Koch-Institut (2005c).

7 | Siehe beispielsweise Robert Koch-Institut (1999), Robert Koch-Institut (2005c), Wilkinson (1996), Marmot (2004), Whitehead/Dahlgren (2006) u.v.a.

8 | Vgl. Robert Koch-Institut (2006c), S. 83-84.

9 | Vgl. Robert Koch-Institut/Statistisches Bundesamt (2008a), S. 17 und S. 19.

Erkrankungen eine geringere Morbidität.[10] Den zunehmenden wissenschaftlichen Untersuchungen zu Herkunft und räumlichen Wanderungsbewegungen als Determinanten von Gesundheit und Krankheit liegen die Vorstellung zugrunde, dass Migration einen Selektionsprozess auf verschiedenen Ebenen darstellt, der dazu führt, dass Zugewanderte ein von der einheimischen Population divergierendes Morbiditäts- und Mortalitätsprofil aufweisen. Der Begriff der »Migranten« bezieht sich dabei auf eine sehr heterogene Gruppe. Sie umfasst sowohl Personen, in deren Biografie sich die (transnationale) Migration vollzogen hat, ob auf aufenthaltsrechtlich legalem oder illegalem Weg, sowie Menschen, die hier bereits in der zweiten oder folgenden Generation leben, also selber das Ereignis Migration nicht erlebt haben. Verschiedene Faktoren, die spezifisch die Morbidität und Mortalität von Immigrierten beeinflussen, werden diskutiert. Strukturen und Verhältnisse des Herkunfts- und Ziellandes zählen dazu. Gesellschaftliche Werte und Normen, Gesundheitsverständnis und Erklärungsmuster von Krankheit aus dem Herkunfts- und im Zielland spielen eine unterschiedlich starke Rolle sowie auch die im jeweiligen Land verbrachte Zeit. Im Zielland gehören der aufenthaltsrechtliche Status, der Zugang zu Gesundheitsversorgung und Informationen, gesellschaftliche Teilhabe, das soziale Netz sowie Arbeits- und Wohnverhältnisse zu den Einflussgrößen, die migrationsspezifische Aspekte aufweisen können. Zunehmende Aufenthaltszeit im Zielland dürfte zu weiteren Änderungen in der Erkrankungshäufigkeit und Sterblichkeit führen. Verschiedene Modelle beschreiben den Einfluss von »biografischen Entwicklungsdimensionen«[11] auf den Krankheitszustand. Die Vorstellung einer »positiven Selbstauswahl« der Menschen, die die Vielzahl der Unwägbarkeiten der Migration auf sich nehmen mit dem Ziel einer Arbeitstätigkeit, die Gesundheit und ein nicht zu hohes Alter voraussetzen, begründen das Modell des *Healthy-Migrant-Effects*.[12] Diese Selektion könnte zu einer durch die Verzerrungsfaktoren bedingten, im Durchschnitt niedrigeren Morbidität gegenüber der »einheimischen« Bevölkerung im Zielland führen. Dabei handelt es sich auf der einen Seite um einen statistischen Effekt durch eine selektive Erfassung von Menschen aus einem Herkunftsland und nicht um eine per se gesündere Gesamtpopulation; auf der anderen Seite kann es durch spezifische Faktoren zu einer reellen Veränderung von Morbidität und Mortalität der migrierten Menschen kommen. Wie stark verändern die sozialen Bedingungen und die Barrieren im Zugang zu Präventionsmaßnahmen und zur medizinischen Versorgung einen möglichen positiven – bzw.

10 | Siehe hierzu beispielsweise die Übersichtsarbeit von Knipper/Bilgin (2009) und die Schwerpunktberichterstattung des Robert Koch-Instituts/Statistisches Bundesamt (2008a).

11 | Vgl. Borgetto et al. (2007), S. 70.

12 | Vgl. Spallek/Razum (2008), S. 277 und Kohls (2008), S. 17.

durch Selektionsprozesse bedingten positiven – Gesundheitszustand bei Migration?[13] Valide Studien zur Gesundheit von Menschen ohne Papiere sind geradezu unmöglich. Es lassen sich allerdings auf Grundlage theoretischer Überlegungen zu Migrationsprozessen und Determinanten gesundheitlicher Unterschiede sowie Erkenntnissen aus qualitativen und wenigen quantitativen Untersuchungen Hypothesen zum *Healthy-Migrant-Effect* bei dieser »Gruppe« entwickeln. Die hierfür entscheidenden Erklärungsansätze, die für mögliche Unterschiede in der Erkrankungshäufigkeit und Sterblichkeit gegenüber der Population im Herkunfts- und im Zielland von Bedeutung sind bzw. sein könnten, werden im Folgenden vorgestellt. Gewichtungen der Erklärungsansätze geschehen auf Basis qualitativer Untersuchungen[14] und der Ergebnisse aus der Datenanalyse der NGOs.[15]

Die zwei entscheidenden Argumente für die Erklärung eines *Healthy-Migrant-Effects* im Sinne einer Selektion der gesünderen Menschen einer Bevölkerung, die dann migrieren, sind folgende zwei:[16]

1. Gesundheit als Prämisse für Migration: Mit der Einschränkung des Rechts auf Asyl nach §16 GG und dem Konzept der »sicheren Drittstaaten« sind die Hürden, in Deutschland einen Asylantrag zu stellen und gestattet zu bekommen, wesentlich höher geworden.[17] Auch der Zuzug von Familienangehörigen aus dem Ausland ist mit der Regelung von 2007 verschärft worden.[18] Gegenwärtig (Januar 2016) wird sogar die Aussetzung des Familiennachzugs für bestimmte Gruppen diskutiert. Hinzu kommen die massiven Abschottungsmaßnahmen an den EU-Außengrenzen. Mit dem Beitritt weiterer Staaten zur EU sind die Distanzen größer geworden, die Migrantinnen und Migranten zurücklegen müssen, um sich irregulär in Deutschland aufhalten zu

13 | Vgl. Spallek/Razum (2008), S. 276. Beispiele für systematische Übersichtsstudien zum Gesundheitszustand, Morbidität und/oder Mortalität von Migrierten in Deutschland sind: Robert Koch-Institut/Statistisches Bundesamt (2008a) und (2008c), Knipper/Bilgin (2009) sowie Kohls (2008) und (2011). Es existiert darüber hinaus eine Vielzahl an Einzelpublikationen zu verschiedenen Aspekten von Gesundheit bei Migrantinnen und Migranten im nationalen und internationalen Raum.

14 | Folgende empirische Studien wurden u. a. für die Gewichtung und die Zusammenstellung berücksichtigt: Alt (1999), Anderson (2003), Stobbe (2004), Krieger et al. (2006), Bommes/Wilmes (2007), Fleischer (2007), Castañeda (2009), Huschke (2013).

15 | Vertiefend zu den Statistiken der NGOs siehe das Kapitel 3.3.

16 | Vgl. Kohls (2008), S. 17-32.

17 | Die Möglichkeiten z.B. eine sogenannte »Green Card« zu erhalten sind durch hohe bürokratische und inhaltliche Anforderungen an die Bewerberinnen und Bewerber gering. Es ist nicht mit der Phase der »Gastarbeiter-Anwerbung« zu vergleichen, die durch den Anwerbestopp bereits 1973 beendet worden ist.

18 | Siehe hierzu Kapitel 2.5.

können. Auch wenn die Zahl der Flüchtlinge im Jahr 2015 stark zugenommen und vermutlich 2016 weiter ansteigen wird, sind es nicht vereinfachte Migrationswege, die den Anstieg bedingen.[19] Es sind vermutlich vor allem gesunde Menschen, die sich zu einer Auswanderung entschließen und in der Lage sind, den enorm hürdenreichen Migrationsprozess auf sich zu nehmen.

2. Demografischer Faktor: Vorwiegend junge Menschen sind fähig und bereit für den schwierigen Migrationsprozess (s.o.). In jüngeren Jahren besteht meist noch keine eigene Familie als an das Herkunftsland bindender Faktor.[20] In vielen Ländern ist zudem im Vergleich zu Deutschland die Bevölkerung wesentlich jünger, es gibt also mehr Menschen in jüngeren Jahren, die migrieren können.[21] Es ist zudem unklar, inwieweit Migrantinnen und Migranten wieder in ihr Heimatland zurückkehren bzw. dies eher tun, wenn sie erkranken oder ins höhere Lebensalter eintreten und nicht mehr zur berufstätigen Bevölkerung gehören. Dies hätte einen doppelten Effekt: Zum einen »verjüngt« es die migrierte Bevölkerung, zum anderen stellt sie sich statistisch gesünder dar, wenn die »Alten« und Kranken in ihr Heimatland zurückkehren.

In der Forschung zum *Healthy-Migrant-Effect* wird als ein weiterer Faktor ein *Late-Entry-Bias* diskutiert. Dem zugrunde liegt die Überlegung, dass Zugewanderte erst einige Zeit nach ihrer Migration in Studien eingeschlossen werden, in der Zwischenzeit aber Kranke und Migrantinnen/Migranten, die erfolglos eine Arbeitsstelle gesucht haben, remigriert sind und daher nur die »Erfolgreicheren« im Zielland verbleiben.[22] Bezüglich einer tatsächlichen Ver-

---

19 | Vermutlich bedingen verschiedene Faktoren den Anstieg der Flüchtlingszahlen weltweit: Das UN-Flüchtlingshilfswerk UNHCR verzeichnete bereits 2014 so viele Flüchtlinge wie noch nie und sieht die Gründe v.a. im Bürgerkrieg in Syrien, neue Konflikte in verschiedenen Staaten der Welt sowie dem ungebrochenem Druck auf die Aufnahmeländer. Zudem ist die humanitäre Hilfe unterfinanziert und die Situation der syrischen Flüchtlinge in den angrenzenden Aufnahmeländern hat sich weiter verschärft. Vgl. UNHCR (2015) sowie im Internet: https://www.uno-fluechtlingshilfe.de/fluechtlinge/zahlen-fakten.html, www.unhcr.de/archiv/nachrichten/artikel/be170c36ad381019e5f0f71941cd9543/warum-fluechtlinge-nach-europa-kommen.html [24.01.2016].

20 | Vgl. Knipper/Bilgin (2008), S. 35 und Han (2005), S. 15. Allerdings weisen Befragungen von illegal Beschäftigten darauf hin, dass Migrantinnen und Migranten nach Deutschland kommen, um das nötige Geld verdienen zu können, die Familie ausreichend zu unterstützen und den eigenen Kindern eine Ausbildung zu ermöglichen. Aber auch diese Zugewanderten sind meist noch im jüngeren Alter, da sie ihre Aufgabe darin sehen, ihren Kindern mit einer guten Ausbildung Aufstiegschancen zu ermöglichen.

21 | Vgl. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2011): www.bib-demografie.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Download/Bevoelkerungsforschung_Aktuell/bev_aktuell_0611.pdf?__blob=publicationFile [19.07.2013].

22 | Vgl. Razum/Rohrmann (2002).

änderung des Gesundheits- bzw. Krankheitszustands der Migrierten ohne Papiere im Zielland lassen sich mit dem Modell des Epidemiologen Razum[23] theoretisch folgende Komponenten beschreiben:

- Infektionsepidemische Komponente: Die Morbidität und Mortalität nimmt im Zielland ab, da weniger Menschen an Infektionskrankheiten erkrankt sind und es eine höhere Durchimpfung der Bevölkerung im Vergleich zum Herkunftsland gibt.
- Therapeutische Komponente: Zwar ist der Zugang zur medizinischen Versorgung stark eingeschränkt, aber in einigen Großstädten durch Gesundheitsämter und NGOs ermöglicht. Das könnte in dem Fall eine Verbesserung der Gesundheit herbeiführen, wenn im Herkunftsland der Zugang zu medizinischen Einrichtungen nicht möglich war.
- Risikofaktorenkomponenten: Durch bessere Umweltbedingungen nehmen einige Risiken ab, während andere Risiken durch die Veränderung von Ernährungs- und Bewegungsweisen zunehmen.
- Barrieren: Sprachliche Schwierigkeiten, unterschiedliche kulturelle Vorstellungen sowie durch den Aufenthaltsstatus bedingter mangelhafter Zugang zu Prävention und medizinischer Versorgung heben das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko. Auch fehlende Kenntnisse zum deutschen Gesundheitssystem können relevant sein, so dass bestehende Angebote nicht wahrgenommen werden.
- Belastungserfahrungen in frühen Lebensphasen bedingen späte gesundheitliche Folgen, die kumulativ auftreten sowie eine geringere Ausbildung von Ressourcen zur Krankheitsbewältigung.[24]
- Stressfaktoren: Der Migrationsvorgang, ein unsicherer Aufenthalt, die Trennung von Familie und Freunden sowie die unbekannte neue Lebenswelt können erheblichen Stress für das Individuum bedeuten.

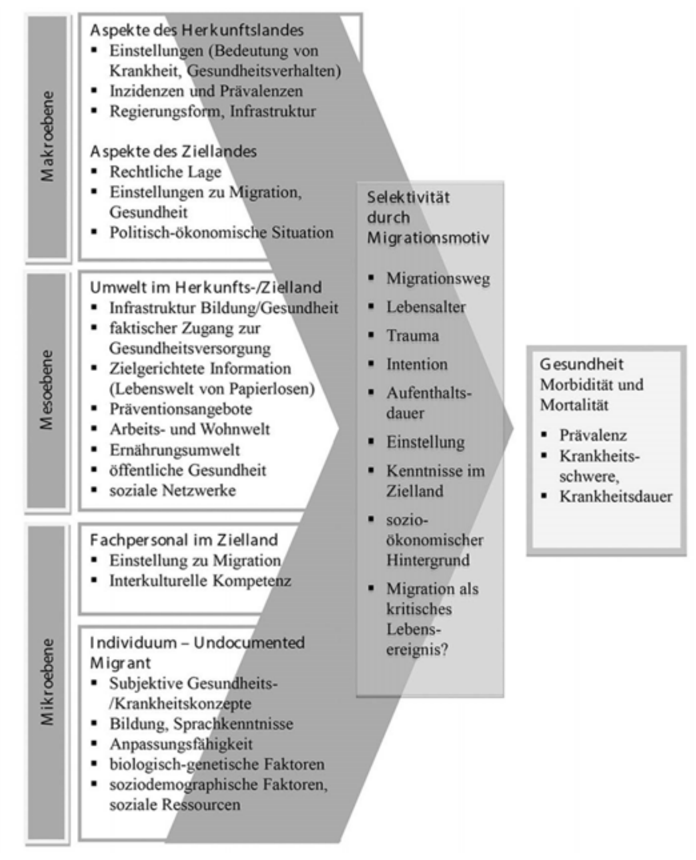
Im Vergleich zur Bevölkerung im Zielland spielen außerdem die genetische Komponente und Bedingungen im Herkunftsland eine Rolle: Unveränderliche genetische Dispositionen und differierende Umwelteinwirkungen in der Zeit des Aufenthaltes im Herkunftsland beeinflussen die Gesundheit der Migrierten. Mit dem Konzept des »gesundheitlichen Übergangs« wird eine Veränderung der Ursachen für Sterblichkeit als auch der Mortalitätsrate in Ländern dargestellt. Dabei wird davon ausgegangen, dass sich abhängig vom »Entwicklungsstand« des Landes der Prozess des Übergangs fortentwickelt von einer hohen Sterblichkeit – vorwiegend bedingt durch Infektionserkrankungen – zu

23 | Vgl. Spallek/Razum (2008), S. 278.

24 | Vgl. Borgetto et al. (2007), S. 70.

einer niedrigen aufgrund v. a. nichtübertragbarer Erkrankungen.[25] Abb. 1 stellt die verschiedenen Determinanten und ihre strukturellen Ebenen dar.

Abbildung 1: Einflussfaktoren des Gesundheitszustandes von Migrantinnen und Migranten ohne Papiere



Quelle: Eigene Darstellung auf der Grundlage von Han (2010), Klemperer (2010) und Kohls (2008).

Aus Deutschland gibt es viele Berichte von Interessensverbänden und wissenschaftliche Publikationen, die auf Interviews basieren, welche mit Menschen ohne Papiere, mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Wohlfahrtsverbänden, NGOs und Gesundheitsämtern durchgeführt worden sind. Sie schildern zahlreiche Einzelschicksale und individuelle Wahrnehmungen. So wird etwa immer wieder darauf hingewiesen, dass Erkrankte häufig sehr spät kommen,

25 | Vgl. Razum (2009), S. 278.

wenn Krankheiten bereits weit fortgeschritten oder in ein gefährliches akutes Stadium getreten sind.[26] Die folgenden beiden Schilderungen aus Köln und Mainz sind zwei von vielen Beispielen:

»Sie war schwanger und gleichzeitig krank. Sie hat ganz lange Zeit Tabletten gegen die Schmerzen im Magen eingenommen, kurz bevor das Kind geboren werden sollte haben die Ärzte dann einen Tumor festgestellt, der herausoperiert werden musste. Was sollten sie machen? Die Kosten wären sehr hoch gewesen, und die Familie konnte das nicht bezahlen. Keiner wollte die Kosten hier übernehmen, keine Organisation, deswegen war die Hoffnung in Spanien [...]. Da wurde sie dann auch behandelt, aber leider war es zu spät, sie ist gestorben und hat ein gesundes Kind zurückgelassen.«[27]

»Die Erkrankungen ähneln denen einer deutschen Allgemeinpraxis, häufig jedoch deutlich schwerer ausgeprägt. Defekte Zähne sind nur noch als Stummel vorhanden, die Blinddarmentzündung ist bereits durchgebrochen und muss sofort operiert werden, die Schwangere trifft am Tag der Entbindung erstmals einen Frauenarzt und der Patient mit monatelangem Husten hat ein so weit fortgeschrittenes Bronchialkarzinom, dass er nur noch palliativ behandelt werden kann.«[28]

Bezüglich der Krankenhauseinweisungen gibt z.B. die MMM-Köln an, dass nur bei ernsten klinischen Symptomen eine stationäre Überweisung von der MMM in Anspruch genommen wird. Sie stellt fest:

»Die Einweisungsdiagnosen wurden mit den Entlassungsdiagnosen der Kliniken abgeglichen und statistisch erfasst. Besonders bei den bösartigen Tumorerkrankungen fiel auf, dass sich alle Patienten beim ersten Arztbesuch schon in einem weit fortgeschrittenen Tumorstadium befanden, die eine Diagnose bereits beim Erstkontakt durch eine einfache klinische Untersuchung ermöglichte [sic!].«[29]

Auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Open.med in München berichten in ihrer Publikation aus dem Jahr 2009:

---

26 | Vgl. Krieger et al. (2006), S. 18; Castañeda (2009), S. 1557; Diakonie Hamburg/Landesverband der Inneren Mission e.V. (2009), S. 202-203; Groß/Bieniok (2011), S. 227; Ärzte der Welt e.V. (2011), S. 12-13; Bommes/Wilmes (2007), S. 66 und S. 72-74; Malteser Hilfsdienst e.V. Berlin (2011), S. 4; auch die MMM aus z.B. Frankfurt a.M. (2011), Darmstadt (2010) und München (2011) berichten von Patientinnen und Patienten, die erst sehr spät die Praxis aufsuchen. Auch in vielen älteren Publikationen finden sich entsprechende Befunde, beispielsweise bei Anderson (2003), S. 34.

27 | Bommes/Wilmes (2007), S. 73.

28 | Malteser Hilfsdienst e.V. Mainz (2010), S. 4.

29 | Malteser Hilfsdienst e.V. (2009), S. 9.

»Als ein Problem stellt sich allerdings die verspätete Inanspruchnahme von medizinischer Hilfe dar. Gerade innerhalb der besonders ängstlichen Gruppe der Menschen ohne Aufenthaltsstatus zögert ein nicht unwesentlicher Teil bis zum letzten Moment, bevor sie auf unser Hilfsangebot zurückgreifen – und das obwohl ihr Gesundheitszustand ein wesentlich früheres ärztliches Eingreifen erforderte. Folge davon sind Chronifizierung von Erkrankungen und Schmerzen.«[30]

Inwiefern es objektiv zu einer verspäteten Inanspruchnahme medizinischer Versorgung kommt, bleibt spekulativ, insbesondere für die Städte, die inzwischen ein relativ umfassendes »Hilfesystem« aufweisen. Allerdings weist bereits die Aussage der MMM-Köln auf auch dort bestehende Problemsituationen hin. Dass der restriktive und oft unklare Zugang zu einer medizinischen Einrichtung ausschlaggebend für den Zeitpunkt der Inanspruchnahme von Diagnostik und Behandlung ist (und nicht beispielsweise lediglich individuelle Entscheidungsmuster), darauf weisen u.a. Studienergebnisse aus Spanien hin. Seit 2002 haben alle sich in Spanien aufhaltende Menschen unabhängig ihres Aufenthaltsstatus' ein Recht auf eine *medical card* und damit auf eine kostenlose medizinische Versorgung.[31] Im Jahr 2005 wurden in einer Studie Migrantinnen und Migranten ohne Papiere nach Erkrankungen in der Vergangenheit und der Nutzung gesundheitlicher Versorgungseinrichtungen befragt. Die Studie zeigt im Gegensatz zu einer Untersuchung, die vor Einführung der Gesetzesänderung durchgeführt worden ist nun keinen Unterschied mehr in der Wahrnehmung gesundheitlicher Dienste zwischen Zugewanderten mit und ohne legalen Aufenthaltsstatus.[32] Die Autoren betonen die Bedeutung von politischen Entscheidungen:

»Nonetheless, the finding that illegal migrants use health services when ill with similar frequency than other migrants is encouraging, as it suggests that significantly positive improvements can be made once legal barriers are removed, and therefore, public health policies may have a positive impact in reducing health inequalities.«[33]

30 | Ärzte der Welt e.V. (2009), S. 12.

31 | Laut Zeitungsmeldungen trat zum 1. September 2012 das »Real Decreto Ley 16/2012« in Kraft, wonach nur noch Notfälle, Schwangere und Kinder kostenlosen Zugang zum regulären Gesundheitssystem in Spanien haben. Alle anderen Menschen ohne Papiere müssen dann eine private Krankenversicherung abschließen, die monatlich 59,20 € für unter 65-Jährige und 155,40 € für die Älteren kosten soll. Vgl. Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM) (2012).

32 | Vgl. Torres-Cantero et al. (2007) und Torres/Sanz (2000).

33 | Torres-Cantero et al. (2007), S. 485.

Entscheidende Unterschiede in der Wahrnehmung von Gesundheitsdiensten konnten in dieser Studie hinsichtlich des Bildungsgrades und der Aufenthaltsdauer in Spanien für Zugewanderte mit und ohne Papiere gleichermaßen festgestellt werden.[34] Eine Befragung von 100 undokumentierten Migrantinnen in den Niederlanden ergibt ganz ähnliche Ergebnisse. Der restriktive Zugang zur Gesundheitsversorgung führt zu einer wesentlich geringeren medizinischen Versorgung: »Undocumented female immigrants have unmet health care needs (56 %) and low health care utilisation. Sixty-nine per cent of the women reported obstacles in accessing health care facilities.«[35] Die Hürden beinhalten sowohl institutionelle Hindernisse wie Abweisung durch das Personal, Diskriminierungen und finanzielle Forderungen als auch persönliche Ängste vor Kosten und vor der Polizei. Häufig fehlte allerdings zudem das Wissen um die Möglichkeiten medizinischer Betreuung in den Niederlanden.[36] Der Gesundheitszustand bzw. das Outcome der Subpopulationen bleibt weiterhin unbekannt. Studien aus anderen Ländern[37] betonen allerdings ebenfalls die Bedeutung restriktiver Gesetze für die Gesundheitssituation undokumentierter Migrantinnen und Migranten: »There was also a consensus among the participants about the high levels of morbidity associated with the problem of access to care.« Die befragten *health care professionals* dieser Studie aus Kanada berichten von den Folgen des auch dort behinderten Zugangs zu medizinischen Einrichtungen für Migrierte mit prekärem Status im Sinne eines *Unhealthy-Undocumented-Effects.* Sie schildern übereinstimmend vom verspäteten Therapiebeginn bei akuten und chronischen Erkrankungen:

»[...] poor follow-up for chronic conditions like hypertension and diabetes, problems of access to treatment for tuberculosis and HIV, and worsening of mental health problems. Perinatal care was reported as an area of numerous difficulties ranging from absence of any prenatal care, to: serious complications of eclampsia and ectopic pregnancy, complicated labours and an increased rate of C-sections, aggravated by the refusal of anesthesiologists to proceed with an epidural on the basis that it is an ›unnecessary‹ measure. In the case of children and youth, problems included delayed surgical

34 | Vgl. ebd., S. 484.

35 | Schoevers et al. (2010), S. 421.

36 | Vgl. ebd., S. 425-426.

37 | Siehe beispielsweise Caulford/Vali (2006) aus Kanada, Larchanché (2012) aus Frankreich, Torres-Cantero et al. (2007) aus Spanien, Wolff et al. (2008) und Sebo et al. (2011) aus der Schweiz, Delvaux et al. (2001) und Dauvrin et al. (2012) aus verschiedenen europäischen Staaten. Die meisten publizierten Untersuchungen werteten Interviews medizinischer Expertinnen und Experten oder Angaben von medizinischen Versorgungseinrichtungen aus, die Erfahrungen in der Versorgung undokumentierter Migrantinnen und Migranten haben.

interventions, prolonged absence of adequate care for acute mental health conditions (post-traumatic stress disorder and depression), and unavailability of rehabilitation services for children with autism and other developmental problems. Although mortality data are not available, one coroner we interviewed reported that in the last year he had identified four cases of wrongful death that he considered directly related to migration status concerns.«[38]

Informations- und Präventionskampagnen in Deutschland haben zum Ziel, die Bevölkerung zu sensibilisieren, um eine frühe Diagnostik zu ermöglichen. Neben dem Zugang zum Gesundheitssystem ist für undokumentierte Migrantinnen und Migranten auch die Erreichbarkeit durch Aufklärung und Information stark eingeschränkt. Von präventiven Maßnahmen wie z.B. die Untersuchungen U3-U10 für Kinder und Jugendliche, Schwangerschaftsvorsorge- oder Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bleiben Menschen ohne Papiere zudem häufig faktisch ausgeschlossen. Hinsichtlich der Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen kann die KiGGS-Studie[39] des Robert Koch-Instituts einen Hinweis auf die Bedeutung des Aufenthaltsstatus für die Wahrnehmung der empfohlenen präventiven Untersuchungen geben. Bei dieser ersten bundesweiten, repräsentativen Langzeitstudie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland wurde die Stichprobe zwar aus dem Einwohnermelderegister gezogen, allerdings wurden dabei Menschen, die einen unsicheren Aufenthaltsstatus angaben, miterfasst. Bei der Wahrnehmung der U3-U9, die in der Altersspanne 4. Lebenswoche bis 6. Lebensjahr durchgeführt werden, zeigt sich die signifikant verminderte Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen von Menschen mit nur unsicherem Aufenthaltsstatus.[40] Mit zunehmendem Alter der Kinder nimmt die Durchführung mit Ausnahme der U6 weiter ab. Die U9 wurde schließlich nur noch bei 44,6 % der befragten Migrantinnen und Migranten mit unsicherem Aufenthalt durchgeführt im Vergleich zu 86,6 % in der Gruppe der Kinder ohne Migrationshintergrund[41] und 62,3 % bei beidseitigem Migrationshintergrund. Neben den möglichen Gründen für die geringe Inanspruchnahme bei Mig-

38 | Rousseau et al. (2008), S. 291.

39 | KiGGS: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: www.kiggs.de/ [25.01.2016].

40 | RKI/Statistisches Bundesamt (2008b), S. 109.

41 | Zur Definition von »Migrationshintergrund«: Beim Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) wird der Terminus »Kinder mit Migrationshintergrund« für Kinder verwendet, die unter 18 Jahre alt sind und entweder selbst aus einem anderen Land nach Deutschland zugewandert sind und von denen mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland, zugewandert oder nichtdeutscher Staatsangehörigkeit ist. Als beidseitiger Migrationshintergrund wird erstere Variante definiert. Vgl. Robert Koch-Institut/Statistisches Bundesamt (2008c), S. 14-15.

rantinnen und Migranten mit nur unsicherem Aufenthaltsstatus, wie z.B. Asylsuchende und Kriegsflüchtlingen, ist bei Menschen ohne Papiere aufgrund des zusätzlich erschwerten Zugangs zur Gesundheitsversorgung davon auszugehen, dass die Inanspruchnahme noch wesentlich geringer ausfällt. Auch werden in nur wenigen Städten, soweit es öffentlich bekannt gemacht wird, Kindersprechstunden und Früherkennungsuntersuchungen anonym und kostenlos angeboten.[42] Die Untersuchung des Robert Koch-Instituts zeigt die unterschiedliche Wahrnehmung der Vorsorgeuntersuchungen für Kinder in den Populationen abhängig vom Herkunftsland, der Aufenthaltsdauer in Deutschland und dem Grad der Integration.[43] Insgesamt finden sich vermutlich sehr viele junge Menschen unter den Menschen ohne Papiere in Deutschland. Die Berechnungen des HWWI und die Daten der Hilfsorganisationen weisen auf einen demografischen Faktor im Sinne eines *Healthy-Migrant-Effect*-Argumentes hin (s. auch Kapitel 2.2).[44] Das HWWI schätzt den Anteil der 20- bis 40-Jährigen auf etwa 70 %. Es lassen sich für die These, dass insgesamt gesündere Menschen migrieren und in der Gesellschaft verbleiben, für Menschen ohne Papiere in Deutschland keine Studien heranziehen, allerdings sprechen einige Überlegungen dafür. Kohls stellt in seiner Studie zum *Healthy-Migrant-Effect* folgende Überlegung zur unerlaubten Migration an:

»Dabei treten enorme Unsicherheitsaspekte bei einem illegalen Aufenthalt im Zielland der Migration auf (Sinn et al. 2006), die dazu führen, dass, im Sinne des Healthy-Migrant-Effects, nur die Gesündesten und Motiviertesten eine illegale Zuwanderung wagen. Daher dürfte die Selektivität der Migranten hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes überdurchschnittlich sein, die dann, zumindest in der ersten Zeit nach der Zuwanderung, in einer niedrigeren Mortalität als bei der Bevölkerung des Ziellandes ihren Ausdruck findet.«[45]

42 | Seit 2011 bietet beispielsweise der Fachbereich Jugend der Region Hannover eine »Kindersprechstunde« an, in der bei Bedürftigkeit die Früherkennungsuntersuchungen kostenlos durchgeführt werden: www.medinetz-hannover.de [25.01.2016].

43 | Zur Definition: Robert Koch-Institut/Statistisches Bundesamt (2008b), S. 2: »Dreistufiger Index, der sich auf die gesellschaftliche Teilhabe in bestimmten Bereichen bezieht. Es gehen ein: Informationen zum Grad der Deutschkenntnisse, Berufsstatus der Eltern, schulischer Erfolg der Kinder, soziale Einbindung und Aufenthaltsstatus.«

44 | Auch die Analyse von Castañeda aus Berlin (2009), die den Zeitraum 2004 bis 2006 ausgewertet hat, und die Studie von Boetel (2011), die Daten von Open.med in München und einer Anlaufstelle in Zürich von 2007 bis Juni 2008 analysiert hat, zeigen ein insgesamt junges Patientinnen- bzw. Patienten-Kollektiv.

45 | Kohls (2008), S. 19-20.

Die übrigen – als möglicherweise im Zielland gesundheitsfördernd geltenden Faktoren wie die therapeutische und die Risikofaktorenkomponente – kommen für undokumentierte Migrantinnen und Migranten vermutlich nicht zum Tragen. Denn möglicherweise sind es häufig gerade die höheren Bildungsschichten bzw. besser Ausgebildeten eines Landes, die die Migration über weite Distanzen auf sich nehmen und bezahlen können.[46] Daher hatten sie in ihrem Herkunftsland vermutlich eher Anschluss an medizinische Dienste und entstammen einem höheren sozioökonomischen Status mit besseren Wohn- und Arbeitsverhältnissen. Mit der unerlaubten Migration ist wahrscheinlich eher ein sozialer Abstieg verbunden, der trotzdem auf sich genommen wird, um beispielsweise durch den Geldtransfer in das Herkunftsland Familienmitgliedern eine bessere Ausbildung zu ermöglichen.[47] Die Arbeitssituation variiert individuell stark. Es ist denkbar, dass sich mit der EU-Erweiterung die Dauer des Aufenthalts in der rechtlichen Illegalität verlängert hat, was die Bedeutung des restriktiven Versorgungssystems für den Gesundheitszustand noch größer werden lässt.[48] Größere Distanzen zu Herkunftsländern und enorme Hürden einer Wiedereinreise müssen überwunden werden. Ebenso wird die mangelnde Präventionsarbeit für diese Zielgruppe so zu einem entscheidenderen Faktor. Beengte Wohn- und Lebenssituationen stehen Faktoren wie beispielsweise der insgesamt meist höhere Lebensstandard und eine geringere Prävalenz von einigen Infektionserkrankungen in Deutschland entgegen: Eine Studie des Bremer Gesundheitsamtes geht auf epidemiologische Überlegungen zur Verbreitung von Krankheiten ein. Die Ergebnisse legen nahe, dass Infektionskrankheiten bei den untersuchten Asylsuchenden und Flüchtlingen nur eine untergeordnete Rolle spielen und daher epidemiologisch für die hiesige Bevölkerung keine Bedeutung haben.[49] Es handelt sich dabei um absolut niedrige Fallzahlen. Das Robert Koch-Institut weist hingegen

46 | Vgl. Huschke (2013), S. 102; Sebo et al. (2010), S. 510; Fleischer (2007), S. 11; Steffan et al. (2005), S. 24.

47 | Interviewte Kameruner Migrantinnen und Migranten in Berlin gaben im Rahmen einer Studie auch an, dass die Perspektivlosigkeit im Herkunftsland zur Migration motiviert, da trotz einer guten Ausbildung kaum Aussichten auf einen angemessenen Arbeitsplatz bestehen: »In Cameroon corruption destroys the country [...] many young educated men don't find work and if they do so, the working conditions are too bad.« Vgl. Fleischer (2007), S. 9. Auch die von Susann Huschke interviewten Lateinamerikanerinnen und -amerikaner berichten von der Perspektivlosigkeit als Migrationsursache. Vgl. Huschke (2013), S. 102.

48 | Vgl. beispielsweise Fleischer (2007), S. 12.

49 | »Außerdem führten auch die beengten Wohnverhältnisse mit teilweise gravierenden hygienischen Mängeln und die ungewohnte Gemeinschaftsernährung zu Erkrankungen oder zu zusätzlichem psychischen Stress, der sich auch in körperlichen Symptomen äußern konnte.« Gesundheitsamt Bremen (2011), S. 18-19.

auf die insgesamt höhere Inzidenz von beispielsweise Tuberkulose bei Menschen mit einer anderen Staatsangehörigkeit hin bzw. auf eine ebenfalls vermutlich höhere Inzidenz neudiagnostizierter HIV-Infektionen bei Menschen, die die meiste Zeit ihres Lebens in einem anderen Land verbracht haben.[50] Psychiatrische Erkrankungen stellen für die Hilfsorganisationen ebenfalls eine besondere Problemlage dar. In einer Studie aus Berlin, in der die Daten der Patientinnen und Patienten eines Wohlfahrtsverbandes über einen Zeitraum von zwei Jahren ausgewertet und durch Interviews ergänzt worden sind, wird der Gesamtkontext der Lebenssituation »Illegalität« angesprochen.[51] Die Kosten einer umfassenden psychiatrischen Betreuung können durch spendenfinanzierte Einrichtungen häufig nicht getragen werden. Die Bremer Studie zur Gesundheitssituation von Asylsuchenden und Flüchtlingen weist für diese Gruppe darauf hin, dass psychische Erkrankungen zu wenig Beachtung finden und häufig »Somatisierungen« als Form des Ausdrucks der Erkrankungen nicht hinlänglich berücksichtigt werden.[52] Die Untersuchung verdeutlicht neben den für diese Gruppe bestehenden Defiziten in den gesetzlichen Ansprüchen außerdem die Notwendigkeit ausreichend geschulten Personals.[53] Die Überlegungen zur Unterdiagnostik lassen sich auch auf Einrichtungen zur medizinischen Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung beziehen, da dort psychische Erkrankungen als Diagnose eher selten sind und wenige (oder keine) Kapazitäten bestehen, eine langdauernde psychische oder psychiatrische Behandlung zu finanzieren.[54]

Die große Diversität der Migrantinnen und Migranten ohne Papiere hinsichtlich Herkunft, Alter, Migrationsgrund etc. und die Vielzahl der Einflussgrößen erschweren eine allgemeine Einschätzung, in welchem Maße von einem *Healthy-Migrant-Effect* in dieser Gruppe gesprochen werden kann. Einige der zuvor genannten Faktoren könnten allerdings eine (Gruppen-)übergreifende Bedeutung für die Morbiditätsentwicklung haben, so dass sich zusammenfassend aus vorgenannten Überlegungen folgende Hypothese ergibt: Bei Menschen ohne Papiere gibt es einen statistischen *Healthy-Migrant-Effect*. Die gesundheitlichen Konsequenzen für Zugewanderte, die sich einst ohne Papiere in Deutschland aufgehalten haben, sind tatsächlich negativ im Sinne eines *Unhealthy-Undocumented-Effect*. Ein vermutlich negativer Effekt ergibt sich im Vergleich zur relativen Morbiditätsentwicklung der Bevölkerung im Zielland. Zusammenfassend ist erster Teil der Annahme das Ergebnis folgender Überlegungen:

---

50 | Siehe hierzu Kapitel 4.2.2 und 4.3.2.

51 | Vgl. Castañeda (2009), S. 1558.

52 | Vgl. Mohammadzadeh (1993).

53 | Vgl. Gesundheitsamt Bremen (2011), S. 9.

54 | Siehe dazu Kapitel 3.3.2.

1. Undokumentierte Migrantinnen und Migranten sind insgesamt jüngere Menschen (bis zu 70 % sind zwischen 20 und 40 Jahren),
2. es sind vermutlich die besser ausgebildeten, einkommensstärkeren und gesünderen Menschen, die über weite Distanzen migrieren können,
3. schwer Erkrankte erhalten eher eine Duldung oder einen Aufenthaltsstatus und fallen damit nicht mehr unter »*undokumentiert*«,
4. schwer Erkrankte remigrieren oder werden nach unumgänglicher Behandlung abgeschoben,
5. mit Zunahme der Aufenthaltsdauer steigt das Risiko für lebensalterbezogene Erkrankungen und die Wahrscheinlichkeit, freiwillig oder unter Zwang, zu remigrieren oder aber einen Aufenthaltsstatus zu erlangen,
6. (Risiko-)Geburten finden meist mit dem Status einer Duldung statt.

Der zweite Teil der Annahme ergibt sich aus Folgendem:

1. Durch die Barrieren werden Einrichtungen des Gesundheitssystems (regulär oder parallel) verspätet aufgesucht mit negativen Folgen für den Gesundheitsstatus,
2. es besteht ein mangelhafter Zugang zu präventiven Angeboten,
3. beengte Wohnverhältnisse begünstigen Infektionserkrankungen,
4. ein unsicheres Lebensgefühl führt vermehrt zu psychischen Erkrankungen,
5. bei Erkrankten liegt ein Abschiebehindernis vor oder/und sie remigrieren.

Razum hat weitere Faktoren angeführt, die Auswirkungen auf die Gesundheit und die statistische Erfassung der Mortalität haben können. Das »gängige« Modell eines *Healthy-Migrant-Effect* wird von ihm weiter entwickelt, insbesondere unter Berücksichtigung des »gesundheitlichen Übergangs«, einer zunehmenden Öffnung im Zugang zu Gesundheitsdiensten und einer »logischen Inkonsistenz«, die er im bisherigen Modell ausmacht.[55] Nach dem »alten« Modell müssten also durch den selektiven Prozess Gesündere gegenüber der Herkunftsbevölkerung nach einiger Zeit im Zielland durch die dortigen Benachteiligungen ihren *Healthy-Effect* verlieren. Doch Gesundheit und Krankheit bzw. Mortalität sollten relativ zur Herkunftsbevölkerung beurteilt werden. Auch sei die Haltung bzw. Einstellung der Migrierten in bisherigen empirischen Studien nicht berücksichtigt. In Hinblick auf undokumentierte Migrantinnen und Migranten sind wie ausgeführt zusätzliche Faktoren zu berücksichtigen. In der Argumentation wird hier mit der Gesundheitsentwicklung der Bevölkerung im Zielland verglichen. Zwar könnte die genetische Disposition eher zum Vergleich zur Herkunftsbevölkerung verweisen, die sozioökono-

55 | Vgl. Razum (2009), S. 271.

mischen, gesellschaftlichen, ökologischen und politischen Bedingungen des Ziellandes sind allerdings ebenfalls entscheidende Einflussgrößen. Das Modell des *Healthy-Migrant-Effect* und die weiterführenden Überlegungen sind in Hinblick auf mehrere Aspekte relevant: Es sind keine spezifischen Maßnahmen bezüglich eines vermuteten höheren Krankheitsstandes bei undokumentierten Migrantinnen und Migranten notwendig. Gerade mit Blick auf bestehende Zwangsuntersuchungen, wie sie beispielsweise mit der Testung auf HIV bei Asylsuchenden in Bayern bestehen, sind auch unter einem infektionsepidemiologischen Gesichtspunkt solcherlei Maßnahmen bei Menschen ohne Papiere nicht begründbar. Einen wesentlichen Aspekt erwähnt Razum in Hinblick auf egalitaristische Ansätze. Eine

»niedrigere Mortalität der Migranten (aus egalitaristischer Sicht eine Erfüllung von Gleichheit) bedeutet nicht die Anwesenheit von Gerechtigkeit; und sie bedeutet auch nicht, dass die Prävalenz von Risikofaktoren niedrig ist und daher keine präventiven Interventionen erforderlich sind.«[56]

Ein vermuteter *Healthy-Migrant-Effect* sollte eben nicht darüber hinwegtäuschen, dass bei Defiziten in der Gesundheitsversorgung eine Handlungsnotwendigkeit bestehen kann.

3.2 Behandlungswege in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität

Der Ausschluss aus dem regulären Gesundheitssystem lässt Betroffene im Krankheitsfall nach Alternativen suchen. Er führte in den letzten Jahrzehnten zur Ausbildung eines Sektors der humanitären Hilfe in Deutschland, der eine ärztliche Behandlung undokumentierter Migrantinnen und Migranten in engen Grenzen ermöglicht. Hierzu gehören die Malteser Migranten Medizin (MMM) und die Medizinischen Flüchtlingshilfen (Medibüros/-netze/Medizinische Flüchtlingsberatung; hier kurz: Medibüro), die in mittlerweile 39 Städten einen Standort haben. Davon sind 17 Großstädte mit über 300.000 Einwohnerinnen und Einwohnern (EW), weitere 17 Städte haben 100.000 bis 300.000 EW und schließlich vier Städte unter 100.000 EW.[57] Neben den Medibüros und der MMM existieren noch weitere Anlaufstellen wie Open.med von Ärzte der

56 | Ebd., S. 272.

57 | Es sind gegenwärtig (Stand: März 2015) 32 Medibüros, Medinetze bzw. Flüchtlingshilfen und 14 MMM in insgesamt 39 Städten: www.medibueros.org und www.maltesermigranten-medizin.de/mmm-vor-ort.html?type= [09.03.2015]. Hinzu kommt noch die Stadt Wiesbaden, die eine »Humanitäre Sprechstunde« anbietet.

Welt in München, aber auch Gesundheitsämter, die gemäß ihres gesetzlichen Auftrags »sozialkompensatorisch« die Versorgungslücke bei sexuell übertragbaren Erkrankungen, Tuberkulose und auch anderen Erkrankungen für vulnerable Gruppen schließen. Es gibt Straßenambulanzen, das MedMobil in Stuttgart und verschiedene Formen von Betreuungsstationen für Obdachlose.[58] In Hamburg wurde im Februar 2012 ein Fondsmodell eingeführt, das die Behandlung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte teilfinanziert.[59] Dabei unterscheiden sich Struktur, Umfang des Angebots, die Entstehungsgeschichten und das Selbstverständnis der einzelnen Einrichtungen mitunter grundlegend voneinander: Das erste »Medibüro« wurde 1994 in Hamburg gegründet. Es folgten bis zum Jahr 2015 in 31 weiteren Städten Gründungen in unterschiedlicher Größe, Zusammensetzung und Anbindung. Gemeinsam ist den Medizinischen Flüchtlingshilfen die vermittelnde Tätigkeit als Teil ihrer praktischen Arbeit, um Menschen ohne Krankenversicherung eine medizinische Versorgung zu ermöglichen. Hierzu gibt es eine Sprechstunde und die telefonische Erreichbarkeit bzw. einen Anrufbeantworter an den übrigen Tagen. Nach Symptomeinordnung wird je nach Bedarf an niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen/Psychologen, Hebammen etc. weitervermittelt. Diese hatten sich zuvor bereit erklärt, Erkrankte unentgeltlich oder zu einem geringen Satz nach GOÄ zu versorgen. Manche »medizinischen Anbieter« legen dazu eine Anzahl an Patientinnen und Patienten im Monat fest, die sie bereit sind unentgeltlich zu behandeln. Mit entstehenden Kosten für Laborleistungen, apparativer Diagnostik oder Medikamentengaben gehen die Ärztinnen und Ärzte unterschiedlich um. Manchmal übernimmt eine Praxis die Kosten, in anderen Fällen finanzieren die Medibüros die Kosten aus ihrem Spendenpool bzw. ihrem Vermögen. In vielen Städten gibt es darüber hinaus noch Absprachen mit einzelnen Krankenhäusern, um ggf. eine stationäre Behandlung zu ermöglichen. Häufig werden dafür pauschale Sätze ausgemacht, insbesondere im Bereich der Geburten. Damit wird den Krankenhäusern zumeist nur ein Bruchteil der entstehenden Kosten erstattet.[60] Oft sind dies die konfessionellen Häuser, die sich aufgrund ihres humanitären Verständnisses zur Hilfe bereit erklären.[61] Die Medibüros werden häufig von ehrenamtlich

---

58 | Siehe beispielsweise im Internet: www.caritas-frankfurt.de/57617.html und zum MedMobil in Stuttgart: www.ambulantehilfestuttgart.de/MedMobil.html [01.04.2015].

59 | Siehe hierzu im Internet: www.landtag.ltsh.de/infothek/wahl17/umdrucke/3800/umdruck-17-3890.pdf [25.01.2016].

60 | Darstellung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern verschiedener Medibüros im Kontakt zur Autorin. Auch in (Selbst-)darstellungen der Einrichtungen wird hiervon berichtet. Siehe beispielsweise Groß/Bieniok (2011), S. 6.

61 | Zudem wurde vor Inkrafttreten der AVV zum AufenthG im September 2009 Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft (z.B. der Kommune oder des Bundeslandes) als »öf-

Tätigen unterschiedlicher Professionen, Studierenden bzw. Auszubildenden geführt. Auch wenn sich hinter den Einrichtungen trotz der weitestgehend einheitlichen oder zumindest ähnlichen Namensgebung kein einheitliches Konzept verbirgt, verstehen viele Medibüros ihre Arbeit dreiteilig. Jessica Groß vom Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin stellte es in einem Vortrag im Rahmen der Tagung »Gesundheit/Illegalität« des Katholischen Forums ›Leben in der Illegalität‹ 2012[62] wie folgt dar: Der kurzfristige Ansatz besteht in der praktischen Hilfe in Form der Vermittlung, die mittelfristige Arbeit versucht Veränderungen auf kommunaler Ebene[63] zu erreichen, trotz weiterbestehender Begrenzungen durch die bundesweit geltenden Gesetze. Der langfristige Ansatz zielt darauf ab, dass eben diese Gesetze, die eine Wahrnehmung der Menschenrechte von Menschen ohne Papiere verhindern, abgeschafft werden. Aus diesem Selbstverständnis heraus, sehen viele Medibüros ihre Auflösung als Teil ihres Ziels.[64] In der Broschüre zum zehnjährigen Bestehen formuliert das Medibüro Berlin den Spagat zwischen politischen Forderungen und alltäglicher Unterstützung:

»Ein Widerspruch, der unserem Ansatz immanent ist, ist das Spannungsverhältnis zwischen Forderungen an den Staat und realer Nischenpolitik, die die angeprangerten Probleme so gut wie möglich autonom zu lösen versucht. Wir fordern die staatlich finanzierte medizinische Versorgung für alle – unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus. Gleichzeitig bieten wir eine auf Umwegen organisierte medizinische Versorgung an. [...] Eine Professionalisierung im Sinne von bezahlten Stellen haben wir nie gewollt, da wir keinen Ausbau von Parallelstrukturen mit reduziertem Leistungsumfang wollen, sondern die Integration in die Regelversorgung mit einklagbarem Rechtsanspruch für

fentliche Stelle« verstanden, die als solche der »Übermittlungspflicht« nach § 87 AufenthG unterliege.

62 | Zur jährlich stattfindenden Tagung des Katholischen Forums ›Leben in der Illegalität‹ siehe: www.forum-illegalitaet.de/tagung-illegalitaet-1.html [01.12.2015].

63 | Bemühungen zur Verbesserung der Situation sind sehr vielfältig. Dazu gehört das Konzept des »Anonymisierten Krankenscheins«, ein Fondsmodell wie es beispielsweise in Hamburg eingeführt worden ist, Einrichtungen am Gesundheitsamt, Projektgelder der Kommunen, Absprachen zu Duldungszeiten bei Schwangerschaft usw. Einen, wenn auch inzwischen etwas veralteten, Überblick zu verschiedenen kommunalen Konzepten bietet die Veröffentlichung des Deutschen Instituts für Menschenrechte (2007). Ein ausführliches Konzept zum »Anonymisierten Krankenschein« hat beispielsweise die Medizinische Flüchtlingshilfe Göttingen e.V. (2012) entworfen.

64 | Siehe hierzu die Selbstdarstellungen der Medibüros im Internet: www.medibueros.org [26.01.2016]. In den Pressemitteilungen der Bundestreffen wurden gemeinsame Forderungen formuliert: http://medibueros.m-bient.com/fileadmin/user_upload/PMFrankfurt2011.PDF [25.01.2016].

Illegalisierte. Die Selbstorganisation ist einerseits autonom und unabhängig und gerät andererseits immer wieder an ihre Grenzen. Daraus ergibt sich unser eigentliches Ziel: unsere Arbeit überflüssig machen.«[65]

Die Mittel und Wege dahin werden allerdings sehr unterschiedlich eingeschätzt, was unter anderem bei den jährlich stattfindenden bundesweiten Treffen deutlich wird. Die ersten Medibüros gründeten sich oftmals aus »antirassistischen Initiativen« heraus, die politische Arbeit betrieben. Andere Gruppen entwickelten sich aus studentischer Initiative, vor allem bedingt durch fachliche Nähe zur Medizin und dem Wunsch nach praktischer Hilfe.[66] Mitte bzw. Ende der 1990er Jahre, als sich die ersten Medibüros gründeten, waren die Initiativen von der Angst begleitet, dass Menschen ohne Papiere im Umfeld der Anlaufstelle von den Behörden aufgegriffen werden könnten.[67] Darüber hinaus war bis zum Beschluss der AVV zum AufenthG im September 2009 unklar, inwieweit »humanitär motivierte Hilfe« nach dem AufenthG strafbar

65 | Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin (2006), S. 4-5.

66 | Dazu sei z.B. auf die Selbstdarstellungen aus Berlin und aus Mainz verwiesen. Vgl. Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin (2006), Gather/Schwienhorst (2009) sowie Mylius et al. (2011).

67 | Siehe beispielsweise Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin (2006), S. 12. Inzwischen hat sich allerdings gezeigt, dass die karitative Tätigkeit auf kommunaler Ebene durchaus gewünscht wird und polizeiliche Verfolgung im Umfeld der Einrichtungen nicht stattfindet. Susann Huschke berichtet allerdings von einem Fall aus dem Jahr 2009, wo eine Patientin direkt aus einem Zentrum für sexuelle Gesundheit und Familienplanung eines Gesundheitsamtes in Berlin verhaftet worden war. Vgl. Huschke (2013), S. 212-213. Weitere Fälle von Verhaftungen oder Verfolgungen sind der Autorin aus eigener Tätigkeit und Berichten anderer Anlaufstellen aus den letzten Jahren nicht bekannt. Fälle von Abschiebungen nach dem Besuch medizinischer Behandlungs- bzw. Beratungseinrichtungen würden vermutlich schnell publik werden und mediale Aufmerksamkeit auf sich ziehen. In einigen Orten unterstützen die Städte Projekte finanziell, viele Einrichtungen sind mit Preisen öffentlich ausgezeichnet worden. Darunter beispielsweise die Medizinische Flüchtlingshilfe Bochum e.V. Ihr wurde 2005 der Preis des von den Bundesministerien des Innern und der Justiz gegründeten Bündnisses für Demokratie und Toleranz verliehen; 2008 erhielt die Medizinische Flüchtlingssolidarität Hannover (Umbenennung in Medizinische Flüchtlingsberatung Hannover e.V. 2012) den »Julius-Rumpf-Preis« der Martin-Niemöller-Stiftung und 2014 zusammen mit der Flüchtlingshilfe Göttingen den Niedersächsischen Integrationspreis; das Medinetz Essen wurde im Jahr 2009 von der Universität Duisburg-Essen mit dem UniAktiv Preis ausgezeichnet; für das Jahr 2011 erhielt die AG Medizin und Menschenrechte an der FAU-Erlangen-Nürnberg den Preis des Bündnisses für Demokratie und Toleranz u.v.a.

ist.[68] Hinsichtlich der Dokumentation von Patientinnen- und Patienten-Daten findet sich bei den Organisationen ebenfalls ein heterogenes Vorgehen. Während einige Gruppen die Anamnese und bestimmte Personenmerkmale wie Geschlecht und Alter dokumentieren, lehnen andere Medibüros jegliche Form der Dokumentation aus politischen Gründen ab.[69] Die Struktur der Gruppen führt zu einer mitunter hohen Fluktuation der Mitglieder mit den damit einhergehenden Vor- und Nachteilen. Auch die Einrichtung von Ärzte der Welt, Open.med in München, verfolgt neben der humanitären Hilfe eine politische Agenda.[70] Die Malteser Migranten Medizin versteht sich hingegen als genuin humanitäre Hilfsorganisation. Die MMM ist Teil des Malteser Hilfsdienstes, einer karitativen, katholischen Hilfsorganisation, die vom Malteserorden gegründet worden ist. In ihrem Selbstverständnis bezieht sie sich auf die Werte der katholischen Kirche im Sinne der »Bezeugung des Glaubens und Hilfe den Bedürftigen; Tätige Nächstenliebe ohne Ansehen von Personen und Glaube; Ehrenamtliches Engagement; Professionelle Hilfe durch ein qualifiziertes Team.«[71] So unterscheidet sich die Zusammensetzung der Mitarbeitenden oftmals grundlegend von denen der Medibüros. In einigen Einrichtungen der MMM haben Ärztinnen oder Ärzte im Ruhestand die Leitung der Einrichtungen inne.[72] Die primäre Motivation steht mitunter damit in engem Zusammenhang wie es z.B. der Leiter der MMM in Köln ausdrückt: »›Ich könnte nach

68 | So heißt es noch im Prüfauftrag »Illegalität« von 2007: »Eine Handlung kann grundsätzlich auch dann, wenn ihr humanitäre Motive zu Grunde liegen, als Hilfe zum illegalen Aufenthalt im Sinne des § 96 Abs. 1 Nr. 2 AufenthG strafbar sein. Medizinische (Notfall-) Hilfe erfüllt den Tatbestand des § 96 Abs. 1 Nr. 2 AufenthG jedoch nicht. Im Übrigen kommt es nach der Rechtsprechung darauf an, ob der Illegale zur Fortsetzung seines illegalen Aufenthalts bereits fest entschlossen ist. Sofern dies zu bejahen ist, kann keine Förderung der Haupttat mehr erfolgen. Ob dies zutrifft, muss im Einzelfall ermittelt werden. Für die Fälle humanitär motivierter Hilfe ist § 96 Abs. 1 Nr. 2 AufenthG in der Praxis nicht von Bedeutung.« Bundesministerium des Innern (2007), S. 5 und vertiefend S. 30-34. Inzwischen hat der Gesetzgeber mit der AVV zum AufenthG im September 2009 festgestellt, dass das AufenthG in diesem Sinne nicht auszulegen ist. Mit Nr. 95.1.4 AVV zum AufenthG wird auch zur Strafbarkeit der Beihilfe klargestellt, »dass Personen, die im Rahmen ihrer berufs-/ehrenamtsspezifischen Aufgaben illegal aufhältigen Ausländern Hilfestellung leisten, schon den Tatbestand der Beihilfe zum unerlaubten Aufenthalt nicht erfüllen.« Katholisches Forum ›Leben in der Illegalität‹ (2009), S. 4.

69 | Hintergrund ist die zugesicherte absolute Anonymität für Ratsuchende. Außerdem wird die Bekanntgabe der Daten als ambivalent betrachtet, da sie eine Repräsentativität vorspiegeln und Stigmatisierungen Vorschub leisten könnten.

70 | Vgl. Ärzte der Welt e.V. (2009), S. 22.

71 | Malteser Hilfsdienst e.V. Frankfurt (2011), S. 11.

72 | Zum Beispiel bei der MMM-Köln, MMM-Hannover.

meiner Pensionierung auch den ganzen Tag auf dem Tennisplatz stehen, [...] aber der Beruf hat mir ein Leben lang so viel geschenkt, warum sollte ich jetzt aufhören, wo ich noch so viel Kraft habe?«[73] Haben sich in den ersten Medibüros Menschen vorwiegend aus politischer Motivation zusammengeschlossen, gründen sich die MMMs in vielen Städten aus dem karitativen Ansatz heraus um allein humanitäre Hilfe anzubieten. So zielt die Arbeit der MMM in vielen Städten auf einen Ausbau des Angebots, um die humanitäre Hilfe dauerhaft zu etablieren: »Im Jahr 2010 hat sich die Tätigkeit der Malteser Migranten Medizin in Köln weiterhin erfreulich entwickelt. Die Gesamtzahl der behandelten Patienten ist mit 856 Patienten deutlich angestiegen im Vergleich zum Vorjahr [...].«[74] In der Außendarstellung der MMM steht die praktische, medizinische Versorgung im Mittelpunkt.[75] Anders stellt sich die Situation im Katholischen Forum ›Leben in der Illegalität‹ dar, das sich 2004 als Zusammenschluss des Deutschen Caritasverbandes, der Malteser u.a. auf Initiative der Migrationskommission der Deutschen Bischofskonferenz gegründet hat. Im »Manifest Illegale Zuwanderung« von 2005, dass von einer Vielzahl zivilgesellschaftlicher Akteure unterzeichnet worden ist, werden eine öffentliche Debatte und praktische Lösungswege für die Wahrung grundlegender Menschenrechte eingefordert.[76] Auch bei der jährlich stattfindenden Tagung »Illegalität« des Katholischen Forums werden seit 2005 verschiedene Aspekte irregulärer Migration thematisiert.[77] Die MMMs und Medibüros arbeiten häufig rein spendenbasiert. Sie können nur einen bestimmten Umfang an Leistungen ermöglichen und auch diesen nicht dauerhaft garantieren, da der Eingang von Spenden naturgemäß fluktuiert. Stationäre Versorgung ist, wenn überhaupt, nur sehr eingeschränkt möglich. Das Netz beteiligter Fachärztinnen und Fachärzte ist in den einzelnen Städten sehr unterschiedlich dicht gestreut: Einzelne Disziplinen bleiben mitunter außen vor; psychotherapeutische Behandlungen können sich beispielsweise als sehr schwierig erweisen, da sie langwierig sind und bei (kriegs-)traumatischen Erlebnissen zusätzliche Kenntnisse erfordern. Sind Praxen wegen Urlaub oder Krankheit geschlossen, entstehen zudem Probleme, diese Fachrichtungen in der Zeit zu »ersetzen«. Einige Einrichtungen sind nur zur Sprechstunde erreichbar. Entstehen Beschwerden außerhalb dieses Zeitraums wird es für die Betroffenen sehr schwierig, medizinische Unter-

73 | Malteser Hilfsdienst e.V. (2010), S. 2.

74 | Malteser Hilfsdienst e.V. Köln (2011), S. 3.

75 | Siehe hierzu die Jahresberichte der MMM: www.malteser-migranten-medizin.de/downloads/jahresberichte.html [26.01.2016].

76 | Vgl. Katholisches Forum ›Leben in der Illegalität‹ (2005).

77 | Vgl. die Internetseite des Katholischen Forums ›Leben in der Illegalität‹: www.forum-illegalitaet.de/tagung-illegalitaet.html [26.01.2016]. Siehe auch den bundesweiten Jahresbericht der MMM, Malteser Hilfsdienst e.V. (2010), S. 7-8.

stützung zu erhalten. Dauerbehandlungen bei chronischen Erkrankungen stellen je nach Konstellation eine finanziell und personell kaum zu bewältigende Aufgabe für die Hilfsorganisationen dar. Zahnerhaltende Maßnahmen beispielsweise sind ebenfalls für spendenbasiert arbeitende Gruppen schwer zu finanzieren. Darüber hinaus entfällt die freie Arztwahl, was bei deutlichen Dissonanzen zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient zu einer schwierigen Situation führen kann.[78] Bei den Mitarbeitenden der Hilfsorganisationen und im Netz der Niedergelassenen, an die ggf. vermittelt wird, kann spezifisches Wissen um Migration und Gesundheit fehlen. Stereotypenbildung steht dann möglicherweise einer adäquaten Behandlung im Wege. In einer Studie des Gesundheitsamts Bremen zum Gesundheitsprogramm zur medizinischen Betreuung von Asylsuchenden wird die Bedeutung von Kommunikationskompetenz beschrieben:

»Ein wesentlicher Teil der Arbeit der Ärzte im Gesundheitsprogramm ist, mit den Patient/innen ein gemeinsames Verständnis über Symptome und Beschwerden herzustellen. Dies gelingt nicht immer in einem einmaligen Kontakt, oft benötigt dies Zeit. Das Verständnis von Gesundheit, Krankheit und von Genesung ist kulturell geprägt, ebenso wie die Beschreibung von Krankheitssymptomen. […] Sofern nicht eindeutige körperliche Symptome eine Beschreibung erübrigen – dies ist eher selten der Fall, entscheidet die Verständigung über Symptome und deren kulturelle Prägung über die weitere Behandlung und sie beeinflusst nicht selten auch deren Erfolg.«[79]

Eine humanitäre Betreuung erschwert eine migrationssensible Gesundheitsversorgung. Die Beziehung zwischen Ärztin/Arzt und Erkrankten im Sinne eines »*Shared-decision-making*«[80] lässt »die Kontrolle über die Erkrankung, die Lebensqualität und die adherence deutlich ansteigen.«[81] Voraussetzung ist die Behandlungsalternative. Gerade bei Patientinnen und Patienten mit HIV/AIDS, aber auch bei anderen chronischen oder schweren Erkrankungen sollten die Werte und Vorstellungen der Betroffenen ausreichend miteinbezogen werden (s. auch Kap. 4.3.3). Die Stellen in Gesundheitsämtern, die Angebote für Menschen ohne Krankenversicherung geschaffen haben, unterscheiden sich

78 | Siehe hierzu beispielsweise Deutsches Institut für Menschenrechte (2007), die Beiträge von Wilmes, Franz und Bartholome et al. in Borde et al. (2009), sowie Gather et al. und Groß/Bieniok in Mylius et al. (2011).

79 | Gesundheitsamt Bremen (2011), S. 29.

80 | *»Shared-decision-making«* beschreibt ein Konzept der Arzt-Patienten-Interaktion, bei der alle Entscheidungen zum ärztlichen Vorgehen gemeinsam und partnerschaftlich von informierter Patientin/vom informierten Patienten und der Ärztin/dem Arzt getroffen werden. Vgl. Scheibler et al. (2003), S. 12.

81 | Scheibler et al. (2003), S. 18.

von den beiden bisher vorgestellten Typen von Einrichtungen. Die Angebote umfassen unterschiedliche Spektren der Gesundheitsversorgung: In Frankfurt a.M. und in Bremen[82] gibt es eine »(Internationale) Humanitäre Sprechstunde«, die eine medizinische Versorgung ähnlich einer allgemeinmedizinischen Praxis vor Ort anbietet; Städte wie Bremerhaven und Berlin haben bei sexuell übertragbaren Erkrankungen und Schwangerschaftsvorsorge ein weitreichendes Betreuungsangebot, dass sich aber vorwiegend auf diese Bereiche beschränkt. In einigen Städten werden Schutzimpfungen und die Vorsorgeuntersuchungen für Kinder (U2 bis U9 oder U10[83]) angeboten. Der Fachbereich Tuberkulose ist je nach Stadtgröße und Ausstattung des Gesundheitsamtes eigenständig oder bildet mit dem Bereich sexuell übertragbare Erkrankungen ein Sachgebiet. Er richtet sich allerdings im Gegensatz zu vorgenannten Beispielen nicht ausdrücklich an Menschen ohne Krankenversicherung. Die »Humanitären Sprechstunden« an den Gesundheitsämtern in bisher drei Städten bilden insofern noch einmal eine Ausnahme, da sie sich explizit an diejenigen Menschen richten, welche von der regulären Gesundheitsversorgung ausgeschlossen sind.[84] Im Gegensatz zu den bereits vorgestellten NGOs wird die Versorgung seitens der Ämter überwiegend durch öffentliche Mittel finanziert.[85] Diese unterliegen allerdings Beschränkungen. In Berlin beispielsweise vergibt der Senat an jeden Bezirk ein Gesamtbudget, dessen Verteilung in die verschiedenen Sparten in der Entscheidung des jeweiligen Bezirks liegt.[86] Ein Mehrbe-

82 | Im Juni 2011 wurde in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt in Wiesbaden ebenfalls eine »Humanitäre Sprechstunde« eingerichtet: http://medibueros.m-bient.com/fileadmin/user_upload/PMFrankfurt2011.PDF [16.07.2015].

83 | Es gibt zehn Früherkennungsuntersuchungen (die von den gesetzlichen Krankenversicherungen (GKVen) getragen werden), die U1-U9 und die J1 bzw. U10, beginnend unmittelbar nach Geburt bis zum Alter von zwölf bis 14 Jahren. Diese beinhalten: 1. Primäre Prävention mit der Vermeidung perinataler Risikofaktoren, z.B. Anweisungen zum Schutz vor dem plötzlichen Säuglingstod, die Rachitis- und Kariesprophylaxe mit der Vitamin D- und Fluorid-Gabe sowie die von der STIKO empfohlenen Impfungen; 2. Sekundäre Prävention, indem bestehende Krankheiten möglichst früh entdeckt werden, dazu gehören Screening-Untersuchungen auf angeborene Stoffwechselstörungen wie z.B. auf Hypothyreose, PKU, Galaktosämie etc., die Untersuchung auf Hörstörungen sowie angeborene Fehlbildungen (z.B. des Herzens) und allgemeine Entwicklungsverzögerungen. Die U1 und U2 werden zumeist noch im Krankenhaus nach der Entbindung durchgeführt.

84 | In Kapitel 4.1 werden die Strukturen an den Gesundheitsämtern vertiefend dargestellt.

85 | Einige nicht staatliche Organisationen erhalten ebenfalls öffentliche Förderungen, beispielsweise als Projektförderung (z.B. die Medizinische Flüchtlingshilfe Göttingen).

86 | Vgl. www.berlin.de/sen/finanzen/haushalt/haushaltsplan/artikel.5697.php [25.01.2016].

darf kann zwar gemeldet werden und im Folgejahr zu einer Korrektur des Etats führen, doch sind hierfür enge Grenzen gesetzt. Fachärztliche Betreuung und stationäre Aufnahmen sind ebenfalls nur schwer zu vermitteln, da öffentliche Mittel hierfür nicht vorgesehen sind. Die Ämter in Bremen und Frankfurt a.M. z.B. arbeiten analog der Medibüros und MMMs mit niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten zusammen, die sich zu einer Betreuung bereit erklärt haben. Sie werden nach dem einfachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vergütet. Wie sich undokumentierte Migrantinnen und Migranten in den übrigen Gebieten medizinisch versorgen, in denen es kein Angebot durch eine NGO oder kommunale Einrichtung gibt, kann nur anhand einiger Veröffentlichungen gemutmaßt werden. Aus einer Bremer Studie zur Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung[87] kann geschlossen werden, dass ein Teil der Menschen auch direkt niedergelassene Ärztinnen und Ärzte aufsucht. In welcher Häufigkeit dies geschieht, ist unbekannt. In der Bremer Studie wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten überwiegend über Freunde und Bekannte sowie Verwandte zu den Praxen gelangten. Hilfsorganisationen, Institutionen oder Überweisungen spielten bei der Vermittlung keine Rolle. Die Untersuchung, die zwar aufgrund ihrer durch den geringen Rücklauf bedingten mangelnden Repräsentativität nur eine eingeschränkte Aussage für den Raum Bremen zulässt, macht aber zweierlei deutlich: Menschen ohne Papiere suchen direkt niedergelassene Ärztinnen und Ärzte auf. Zudem können soziale Netzwerke eine wichtige Bedeutung für den Zugang zu einer medizinischen Versorgung haben. Ähnliches schildert Gisela Penteker, die als niedergelassene Allgemeinärztin im ländlichen Raum Niedersachsens von häufigen Kontakten zu Menschen ohne Papiere berichtet.[88] Aufgrund akuter Erkrankungen begäben sich gehäuft »Landarbeiter« ohne Aufenthalts- und Arbeitserlaubnis in ihre Praxis, häufig in Begleitung der Arbeitgeberin bzw. des Arbeitgebers. Insgesamt suchten sie etwa acht bis zwölf nicht versicherte Patientinnen und Patienten im Jahr auf. Jenen Menschen allerdings, die keinen oder wenig Kontakt zu anderen »Menschen ohne Papiere« bzw. zur »*Community*« haben, könnten Informationen fehlen, welche Versorgungsoptionen und Unterstützungsmöglichkeiten bestehen. Die Ethnologin Susann Huschke berichtet von einer

---

87 | Im Rahmen der Studie wurden 936 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachrichtungen im Raum Bremen angeschrieben. Davon beantworteten 15,3 % den zugesendeten Fragebogen. Von diesen gaben 62,9 % an, Erfahrungen mit Patientinnen und Patienten ohne Krankenversicherung zu haben. Wie viele unter diesen Menschen ohne Papiere waren, konnte seitens der Niedergelassenen nicht beantwortet werden. Da aber der Anteil der ausländischen Erkrankten unter den Nichtversicherten über 50 % darstellte, ist davon auszugehen, dass sich darunter auch Menschen ohne Papiere befanden. Vgl. Wiesner et al. (2008), S. 11 und S. 13.

88 | Siehe dazu Penteker (2011).

Frau aus einem der Interviews mit undokumentierten Latinas in Berlin: »Vom medibüro, der Malteser Migranten Medizin oder anderen medizinischen Versorgungsstellen hatte sie in den vier Jahren ihres Aufenthalts noch nichts gehört«.[89] Zwei der Befragten aus Hannover gaben ebenfalls an, in den Jahren ihres Aufenthalts und inklusive der Zeit ihrer aufenthaltsrechtlichen Illegalität nichts von einer Hilfsorganisation in Hannover gehört zu haben.[90] Neben der privaten Zahlung wurden in der Vergangenheit von Betroffenen sowie »Expertinnen und Experten«[91] weitere Wege geschildert, die Menschen ohne Papiere nutzten, um zu Diagnostik und Behandlung zu gelangen: Beispielsweise wurde die Krankenkassenkarte eines Bekannten genutzt, um Leistungen in Anspruch zu nehmen.[92] Dies wurde auch von einem, im Rahmen dieser Studie, Interviewten geschildert:[93] Es sei die äußere Erscheinung entscheidend: meist würden Deutsche Zentralafrikanerinnen und -afrikaner nach ihrem äußeren Erscheinungsbild nicht voneinander unterscheiden können, so wie auch die Deutschen für ihn als Westafrikaner in ihrem Äußeren schwer zu unterscheiden seien. Ein anderer Interviewte berichtete über ein ähnliches Prinzip. Freunde oder Bekannte gäben den Schein, den sie als Asylbewerber vom Sozialamt erhalten hätten, weiter:

»[...] die sind immer noch Asyl, die können sogar vielleicht zum Sozialamt gehen und austricksen und sagen, dass sie selber krank sind und so, dass sie diesen Schein bekommen und ja, geben das weiter zu dieser kranken Person und diese kranke Person nimmt diesen Schein mit Ausweis von diesem Freund und ja, geht es dann mit diese[m] Name[n].« [Herr S. aus Westafrika im Interview, August 2011][94]

Außerdem nehmen Verwandte nicht krankenversicherte Familienangehörige mit zu »ihrer Arztpraxis« und bitten um Behandlungen, die z.T. unentgelt-

89 | Huschke (2009), S. 54.

90 | Siehe Kapitel 3.4.2.

91 | Mit dem Begriff der »Expertinnen und Experten« sind hier Frauen und Männer gemeint, die als Mitarbeitende von Unterstützerorganisationen, die rechtliche und soziale Beratung oder medizinische Versorgung anbieten, Erfahrungen mit Problemlagen von Menschen ohne Krankenversicherung gewonnen haben.

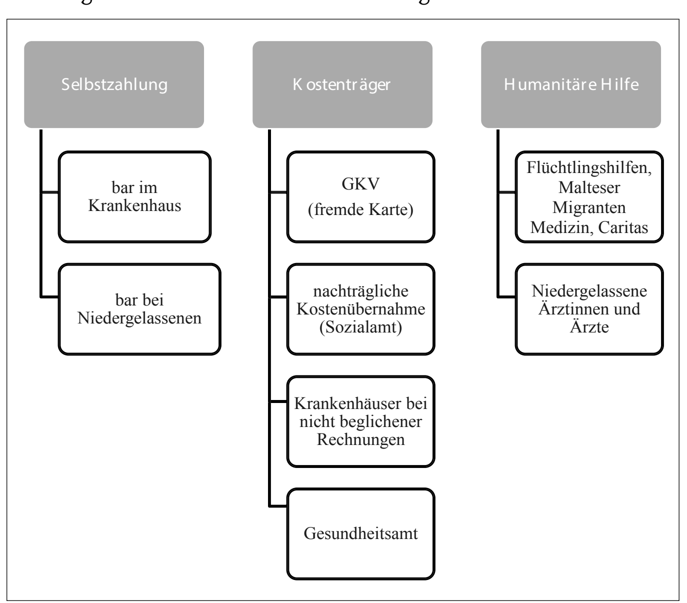
92 | Vgl. Bommes/Wilmes (2007), S. 78-79 und Anderson (2003), S. 35.

93 | Näheres zu den Umständen und den Interviewpartnerinnen und -partnern siehe Kapitel 3.4.

94 | Die Autorin führte insgesamt fünf Interviews mit Migrantinnen und Migranten durch, die sich mindestens ein halbes Jahr ohne Aufenthaltserlaubnis in Deutschland aufhielten. Die Interviews wurden zwischen August und Oktober 2011 durchgeführt. In der Verschriftlichung wurden kleine Korrekturen durchgeführt zugunsten einer leichteren Lesbarkeit. Näheres zu den Interviews siehe Kapitel 3.4.

lich geleistet werden.[95] Aus qualitativen Studien zur Lebenssituation in Städten wie Köln, Frankfurt a.M. und Berlin wird allerdings berichtet, dass Betroffene in der Regel lange warten, bis sie sich zu einem Vorgehen entschließen und professionelle Hilfe aufsuchen.[96] Dies deckt sich mit der Wahrnehmung von Mitarbeitenden der MMM und der Medibüros. Außerdem stellt Selbstmedikation für Menschen, die aus der regulären medizinischen Versorgung ausgeschlossen sind, einen Versuch dar, Symptome zu lindern, in der Hoffnung, den teuren – im Falle der Selbstzahlung – und unsicheren Gang zur ärztlichen Praxis zu verhindern.[97] Welche Zugänge bestehen ist abhängig vom regionalen Angebot und dem Informationsstand der Betroffenen. Abb. 2 fasst die verschiedenen Zugänge zur Gesundheitsversorgung zusammen.

Abbildung 2: Zugänge zur Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung



Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage von u.a. Castañeda (2009), Huschke (2013), Mylius (2014c), Penteker (2011), Wiesner et al. (2008).

95 | Dies berichtete eine niedergelassene Gynäkologin in Niedersachsen im Januar 2011 der Autorin. Auch laut einer Bremer Studie geben Niedergelassene an, dass Verwandte und Freunde die wichtigste Rolle spielen, wenn sie von Menschen ohne Papiere aufgesucht werden. Vgl. Wiesner et al. (2008), S. 17.

96 | Vgl. beispielsweise Huschke (2013), S. 246, Bommes/Wilmes (2007), S. 72.

97 | Vgl. auch Huschke (2013), S. 249.

In Niedersachsen soll ein neues Modell implementiert werden, das einen niederschwelligen Zugang zur Gesundheitsversorgung für undokumentierte Migrantinnen und Migranten ermöglicht. Der Landtag hat am 18.12.2014[98] mit einem Entschließungsantrag die Landesregierung aufgefordert, in Kooperation mit den Medizinischen Flüchtlingshilfen Göttingen und Hannover sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) Vergabestellen einzurichten. Im Rahmen dieses Pilotprojektes sollen zunächst in Göttingen und Hannover Menschen »ohne definierten Aufenthaltsstatus« einen »anonymen Krankenschein« erhalten. Mit diesem Krankenschein können niedergelassene Ärztinnen und Ärzte aufgesucht werden. Die Kosten für die ärztliche Betreuung wird aus den Projektmitteln in Höhe von 500.000 € jährlich bestritten. Der Leistungsumfang umfasst die medizinisch notwendige Versorgung auf Basis des §4 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG). Der Starttermin für die Ausgabe der Krankenscheine ist für Ende Januar 2016 geplant. Für Asylsuchende soll analog des »Bremer Modells« (s. Kapitel 2.5) die Einführung einer Gesundheitskarte erfolgen. Bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt (Stand: Januar 2016) sind seitens der Landesregierung noch keine Schritte in diese Richtung unternommen worden. Wie die medizinische Versorgung von Unionsbürgerinnen und -bürgern verbessert werden soll, ist im erwähnten Entschließungsantrag nicht genannt, auch wenn die Situation als »problematisch« erkannt wird.

3.3 Hilfsorganisationen für Menschen ohne Krankenversicherung in Deutschland

Einen Einblick in Krankheitsdiagnosen, Alters- und Geschlechterstruktur der Menschen ohne Papiere bzw. ohne Krankenversicherung ermöglichen die Dokumentationen einiger Hilfsorganisationen. In den letzten Jahren wurden zunehmend Patientinnen- und Patienten-Daten systematisch ausgewertet und veröffentlicht.[99] Gleichzeitig nahm die Zahl der Einrichtungen zu, die vor Ort medizinische Hilfe für Menschen ohne Krankenversicherung anbieten oder

98 | Entschließungsantrag des Niedersächsischen Landtags vom 18.12.2014, Drucksache 17/2621

99 | Siehe dazu zum Beispiel die Übersichtsarbeiten von Schlöpker et al. (2009), Castañeda (2009) und Tolsdorf (2008); die jährlichen Veröffentlichungen der Berichte der Malteser Migranten Medizin Berlin, Köln, München, Hannover u.a.; Gather/Schwienhorst (2009) und (2011) zum Medinetz Mainz; Haentjes-Börgers (2009) zur MMM in Berlin; Bommes/Wilmes (2007) zur MMM in Köln; Krieger et al. (2006) zur Situation in Köln und die unveröffentlichte Dissertation von Friederike Boetel mit einer Auswertung der Daten von Beratungsstellen in München und Zürich.

vermittelnd tätig werden.[100] Es sind hier insbesondere die Stellen, die direkt vor Ort eine medizinische Versorgung ähnlich einer ärztlichen Praxis anbieten, die die Daten dokumentieren. Dies ermöglicht eine Exploration der Krankheitsverteilung nichtversicherter Migrantinnen und Migranten, die eine Einrichtung aufsuchen. Aufgrund fehlender Dokumentation bleiben viele andere Formen der gesundheitlichen Versorgung ausgespart. Über Menschen, die NGOs wie die Medibüros aufsuchen, gibt es keine ausreichenden Daten, da hier zumeist auf eine Dokumentation verzichtet wird. Es bleibt auch ungewiss, inwieweit und welche Personen z.B. direkt niedergelassene Ärztinnen bzw. Ärzte aufsuchen und entweder selbst zahlen oder unentgeltlich behandelt werden oder aber sich über die Versichertenkarte eines anderen eine medizinische Versorgung erschließen. Auch Personen, die Unterstützungen durch weitere Einrichtungen wie MedMobil,[101] Straßenambulanzen, Zahnmobile[102] u.a. erhalten, bleiben unerfasst. Zudem hat der geografische Raum Einfluss auf die Zusammensetzung der Migrantinnen und Migranten nach Alter, Geschlecht und Herkunftsland.[103] In einer Stadt finden sich Menschen, die aus einer bestimmten Region migriert sind, gehäuft zusammen, während in einer anderen Stadt mehr Menschen aus anderen Weltregionen anzutreffen sind. Nichtsdestotrotz geben die vorhandenen Daten zumindest einen Überblick über die Entwicklungen im Zeitverlauf hinsichtlich der Alters-, Geschlechtsstruktur, der Herkunftsländer sowie Krankheitsbilder der Patientinnen und Patienten einiger Hilfsorganisationen. Es gibt zwar kein repräsentatives Bild der Erkrankungen und des Gesundheitszustandes der Menschen ohne Krankenversicherung in Deutschland, die Ergebnisse vermitteln allerdings eine Vorstellung von Problembereichen und Entwicklungstendenzen in den verschiedenen Städten.

100 | Allein zwischen 2005 und 2010 haben sich neun weitere Einrichtungen der Malteser Migranten Medizin (in Köln, München, Darmstadt, Frankfurt, Münster, Hannover, Hamburg, Stuttgart, Osnabrück und Augsburg) sowie weitere Medibüros gegründet.

101 | MedMobil wurde beispielsweise 2009 in Stuttgart als Projekt gestartet, in Form eines kostenlosen mobilen medizinischen Angebots.

102 | In Hamburg ist beispielsweise 2006 eine mobile Praxis initiiert worden, die soziale Unterstützungseinrichtungen stundenweise anfährt und Menschen niederschwellig eine zahnärztliche Versorgung anbietet. In Hannover startete ein ähnliches Projekt als »Zahnmobil« im April 2012. Es wurde privat initiiert und von verschiedenen Einrichtungen wie beispielsweise der Diakonie mit unterstützt.

103 | Vgl. beispielsweise Cyrus (2007), S. 21; Diakonie Hamburg/Landesverband der Inneren Mission e.V. (2009), S. 135; Huschke (2013), S. 24.

3.3.1 Die Daten der Organisationen

Für die folgende Übersichtsdarstellung sind die Jahresberichte der einzelnen Organisationen zusammengestellt und bewertet worden. Ergänzt wurden diese Angaben durch Anmerkungen von Mitarbeitenden vor Ort, die zu einzelnen Aspekten der statistischen Darstellung telefonisch oder per E-Mail befragt worden sind. Die Jahresberichte der Einrichtungen als solche stellten sich nämlich oftmals als zu unpräzise heraus, um die Situation ausreichend beschreiben zu können. Beispielsweise ist häufig von der Anzahl der Patientinnen bzw. Patienten oder Fallzahlen die Rede, ohne dass dabei deutlich wird, worauf sich die Angabe bezieht. Manche Einrichtungen zählen jeden einzelnen Besuch unabhängig von der Person, andere meinen die Anzahl der Patientinnen und Patienten unabhängig von der Behandlungshäufigkeit. Durch Nachfragen konnten offene Fragen weitestgehend geklärt werden. Weitere Schwierigkeiten entstanden durch die Variabilität der Auswertung. Es zeigten sich deutliche Unterschiede in der Kategorisierung, nicht nur zwischen den Organisationen in den verschiedenen Städten, sondern auch innerhalb derselben Einrichtung, so dass Kategorien in den Berichten teilweise von Jahr zu Jahr wechselten. Sind z.B. in einem Jahr vier Altersklassen gebildet worden, erschienen im Folgejahr sieben Unterteilungen, die nicht in Deckung gebracht werden konnten. Auch werden nicht zu jedem Berichtsjahr die gleichen Variablen erfasst. Wurde in einem Jahr beispielsweise beim Herkunftsland »EU« näher differenziert, unterblieb dies im folgenden Jahr, was allerdings für den Status und die Perspektive der Menschen relevant ist. Zudem ist gerade die Migration aus diesem Herkunftsraum einem großen Wandel unterlegen. Die Wahl der Organisationen für die folgende Übersicht erfolgte danach, ob Dokumentationen überhaupt bzw. in ausreichendem Umfang vorhanden sind. Damit erstreckt sich die Übersicht mit einer Ausnahme – Open.med von Ärzte der Welt in München – auf die Einrichtungen der Malteser Migranten Medizin. Dargestellt werden vor allem die Veränderungen der Patientinnen- und Patientenstruktur innerhalb einer Organisation in den letzten Jahren. Es wurden Berichte für die Jahre 2006 bis 2014, soweit sie jeweils vorhanden waren, eingeschlossen. Die Auswahl der gegenübergestellten Variablen bedingt sich durch die in den Jahresberichten angebotenen Daten. Dies trifft ebenfalls auf die Kategorisierung, beispielsweise der Altersgruppen, Herkunftsländer und Erkrankungen, zu. Um eine übersichtliche Darstellung der verschiedenen Städte zu ermöglichen, wurde eine gewisse Unschärfe in der Abgrenzung einzelner Kategorien in Kauf genommen, da sie für die Aussagekraft der Daten – die aufgrund der zuvor genannten Limitationen sowieso gering ist – nicht wesentlich sind und in diesem Zusammenhang vor allem Trends beobachtet werden sollen. So ist

z.B. für einen Überblick zur Alterszusammensetzung nicht von erheblicher Relevanz, ob der Anteil der 19- bis 29-Jährigen in einer vergleichenden Tabelle in die Kategorie 19 bis 30 Jahre einfließt und dieser Anteil somit leicht unterschätzt wird. Es müssten dann prozentual schon sehr viele 30-Jährige in der Folgegruppe vertreten sein, um zu einer Verzerrung zu führen. Im jeweiligen Zusammenhang wird auf die einzelnen Unschärfen in der Darstellung hingewiesen. In den jährlichen Berichten der MMM findet auch keine Aufschlüsselung der Krankheitsverteilung nach Aufenthaltsstatus statt. Daher folgt anschließend eine separate Betrachtung einer Organisation zu speziell den Erkrankten ohne Papiere. Die Angebote der einzelnen Hilfsorganisationen sind in ihrer Bandbreite, Häufigkeit der Sprechstunde, Zahl des ärztlichen Personals etc. sehr unterschiedlich aufgebaut. In Berlin ist 2001 als erster Standort eine Praxis der MMM des Malteserordens eingerichtet worden. Dreimal pro Woche bieten Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachrichtungen eine Sprechstunde für Menschen ohne Krankenversicherung an; hinzu kommen Sprechstunden bei speziellen Fragestellungen bzw. Symptomen. In Köln gibt es das Angebot der MMM seit 2005 einmal in der Woche und seit Dezember 2008 zusätzlich eine spezielle Sprechstunde für Kinder und Jugendliche. MMM-München hat sich im Juli 2006 gegründet. Inzwischen (Stand: Januar 2016) gibt es zweimal die Woche eine Sprechstunde, die jeweils für vier Stunden geöffnet ist. Zusätzlich werden zweimal im Monat abwechselnd eine pädiatrische und eine »Frauen«-Sprechstunde angeboten. In Hannover wird die Sprechstundenzeit seit der dortigen Gründung der MMM im Juni 2007 mit zwei Stunden einmal die Woche aufrechterhalten (Stand: Januar 2016). In Frankfurt wird einmal die Woche für vier Stunden eine Sprechstunde der MMM angeboten. Die Münchner Anlaufstelle Open.med von Ärzte der Welt[104] bietet seit 2006 zweimal wöchentlich für jeweils drei Stunden eine medizinische Grundversorgung vor Ort an, sowie ggf. eine Weitervermittlung an Fachärzte und eine soziale wie rechtliche Beratung. Für Kinder und Jugendliche wurde eine eigene Sprechstunde eingerichtet. Die Städte, in denen sich die MMM befinden, haben entsprechend ihrer Größe, Bevölkerungsstruktur und Zahl an Unterstützungsangeboten eine sehr heterogene Struktur. Als Beispiel sei hier Köln genannt, wo das Gesundheitsamt in der Vergangenheit schwangere Frauen unabhängig von ihrem Krankenversicherungsstatus betreut hat.[105] Dadurch ist ihr Anteil

104 | »Ärzte der Welt« ist die seit dem Jahr 2000 existierende deutsche Sektion von »Médecins du Monde«, einer Nichtregierungsorganisation, die humanitäre Hilfe in Krisensituationen anbietet. Neben der Akuthilfe engagiert sich »Médecins du Monde« auch in langfristigen Projekten der Entwicklungszusammenarbeit. Zum Selbstverständnis der Organisation siehe: www.aerztederwelt.org/ueber-uns.html [25.01.2016].

105 | Vgl. Malteser Hilfsdienst e.V. (2011), S. 4 und Nitschke (2011), S. 13.

an den Behandelten der MMM-Köln sehr gering. Die Stadt München weist z.B. zwei Einrichtungen mit direkter medizinischer Versorgung auf. In den übrigen Städten – Hannover, Köln, Frankfurt a.M. und Berlin – gibt es ein breites Spektrum an Unterstützungsangeboten. In Berlin vermittelt das Medibüro an Fachärztinnen und Fachärzte sowie an Krankenhäuser oder andere Versorgungseinrichtungen. Außerdem werden in manchen (Bezirks-) Gesundheitsämtern Impfungen für Kinder angeboten sowie Behandlungen bei sexuell übertragbaren Erkrankungen und Vorsorgeangebote für Schwangere wie in Köln. In anderen Städten gibt es dieses Angebot wiederum nicht. In Frankfurt a.M. wird in der »Internationalen Humanitären Sprechstunde« des dortigen Gesundheitsamtes direkte medizinische Versorgung für Menschen ohne Krankenversicherung angeboten. In Hannover vermittelt die Medizinische Flüchtlingsberatung e.V. an niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Das Gesundheitsamt hat dort 2011 eine Sprechstunde für Kinder eingerichtet, in der die Vorsorgeuntersuchungen U1-U9 durchgeführt werden können.

3.3.2 Alter, Geschlecht und Erkrankungen der Behandelten

Tab. 4 gibt eine Übersicht der hier vorgestellten sechs Einrichtungen bezüglich Gründungsjahr, Fall- bzw. Zahl der Behandelten, deren Betrachtung vor allem im Zeitverlauf interessant ist.[106] Außerdem werden die Geschlechterverteilung sowie der Anteil undokumentierter Migrantinnen und Migranten dargestellt.

106 | Die Darstellung basiert auf Grundlage der Jahresberichte der Organisationen: vgl. Malteser Hilfsdienst e.V. Berlin (2007), (2009), (2010), (2011) und (2013); Malteser Hilfsdienst e.V. Frankfurt (2009), (2010) und (2011); Malteser Hilfsdienst e.V. Hannover (2009) und (2010); Malteser Hilfsdienst e.V. Köln (2007), (2009), (2010), (2011) und (2013); Malteser Hilfsdienst e.V. München (2010), (2011) und (2012); Ärzte der Welt e.V. (2010) und (2011). Die Angaben von Open.med beziehen sich nur auf einen Teil der Behandelten, da nicht alle bereit waren, Auskünfte zu geben. Für die Jahre 2011, 2012, 2013 und 2014 gibt es bisher (Stand: Januar 2016) nur aus einigen Städten für unterschiedliche Jahre Berichte, die nur einen Teil der früheren Angaben zu Patientinnen und Patienten wieder aufführen. Daher wurden keine aktuelleren Daten miteinbezogen. MMM-Frankfurt macht keine näheren Angaben zu den Erkrankungen, daher ist diese Organisation nicht bei den Erkrankungsgruppen in der entsprechenden Tabelle gelistet.

Tabelle 4: Übersicht der Einrichtungen »Malteser Migranten Medizin« in Berlin, Hannover, Frankfurt a.M., Köln und München sowie »Open.med«

	Beginn	Jahr	Fälle/ Personen[107]	Geschlecht		Anteil Papier-lose in %
				Anteil Frauen in %	**Anteil Männer in %**	
MMM-Berlin	02/2001	**2006**	2800 Pers.	k.A.	k.A.	76
		2008	4100 Pers.	k.A.	k.A.	70
		2009	5600 Pers.	k.A.	k.A.	69
		2010	7202 Pers.	66	34	54
		2012	11195 Pers.	64	36	36
MMM-Köln[108]	05/2005	**2006**	370 Pers.	k.A.	k.A.	70,9
		2008	470 Pers.	46,8	53,2	34,8
		2009	612 Pers.	53,3	46,7	21
		2010	856 Pers.	61,2	38,8	16
		2012	1301 Pers.	51,7	49,3	13
MMM-Frankfurt	11/2006	**2008**	275 Fälle	69	31	82
		2009	318 Fälle	64	36	42
		2010	386 Fälle	61	39	~39
MMM-Hannover	06/2007	**2008**	445 Fälle	67	33	~45
		2009	780 Fälle	60	40	35
MMM-München	07/2006	**2009**	345 Fälle	52,5	47,5	13,6
		2010	415 Fälle	k.A.	k.A.	k.A.
		2011	830 Fälle	k.A.	k.A.	k.A.
Open.med (München)	09/2006	**2009**	335 Pers.	62	38	15
		2010	455 Pers.	55	45	k.A.

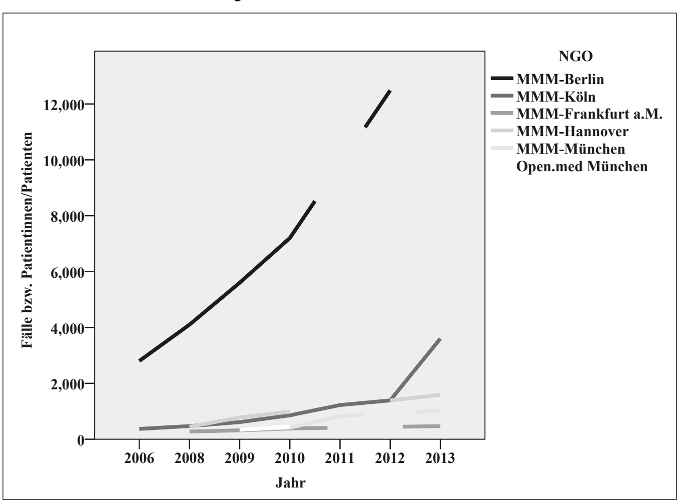
107 | Bei den Angaben mancher Organisationen handelt es sich um Fallzahlen. Das bedeutet, dass jeder Besuch als Fall gewertet wird und nicht die Anzahl der PatientInnen. Aus einigen Berichten geht allerdings nicht explizit die Zählweise hervor.

108 | Die MMM-Köln bietet seit Dezember 2008 eine Kindersprechstunde an. Diese Daten sind mit einbezogen. Im September 2012 wurde zudem eine zahnärztliche Sprechstunde eingerichtet. Die PatientInnen, die die letztgenannte aufsuchten, wurden für die Anzahl der PatientInnen 2012 nicht berücksichtigt.

Für den Umfang der maximal zu erbringenden Leistungen ist neben der Dauer der Sprechstunde und der Häufigkeit des Angebots die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte vor Ort sowie weiterem medizinischem Personal relevant. Dies wird im Folgendem nicht mit aufgeführt, da außer starker Fluktuation und mangelnder Informationen auch weitere Faktoren den Umfang an Dienstleistungen beeinflussen: Dazu gehören die Anzahl der Räume und ihre diagnostische Ausstattung wie beispielsweise ein Ultraschallgerät oder ein Röntgenapparat. Zu einem interstädtischen Vergleich bieten sich die Zahlen der Behandelten aus in Kapitel 3.3.1 genannten Gründen, wie Stadtgröße, -struktur, Angebote weiterer Einrichtungen etc., nicht an. Die Zahlen der Einrichtungen zeigen deutlich, dass die Anzahl der Besuche sowie die Patientinnen- und Patientenzahl von Jahr zu Jahr zunehmen. Bei der MMM-München, -Frankfurt und -Berlin sind Zuwächse von 2009 zu 2010 um 20 % bis rund 30 %, bei Open. med in München und MMM-Köln um etwa 35 % bis 40 % und in Hannover gab es von 2008 auf 2009 sogar eine Zunahme um rund 75 % (Abb. 3a und 3b). Dies entspricht auch den Berichten anderer Einrichtungen wie Gesundheitsämtern und Medibüros zu den Entwicklungen der letzten Jahre.

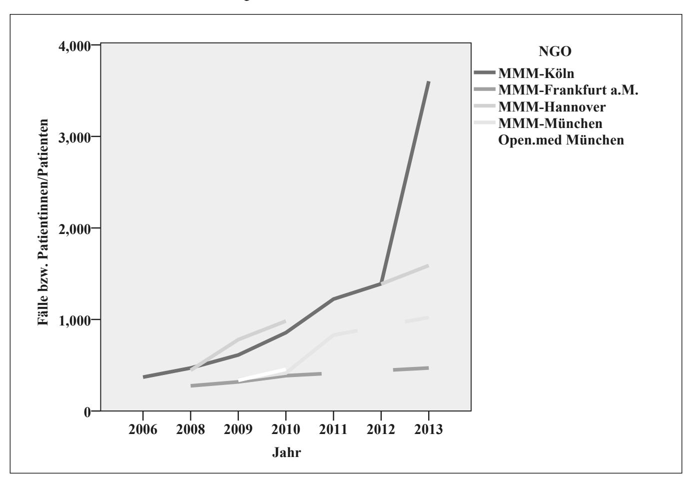


Abbildung 3a: Entwicklung der Fallzahlen in den Einrichtungen zwischen 2006 und 2013



Quelle: Eigene Darstellung nach Angaben der Einrichtungen.

Abbildung 3b: Entwicklung der Fallzahlen in den Einrichtungen zwischen 2006 und 2013; ohne MMM-Berlin

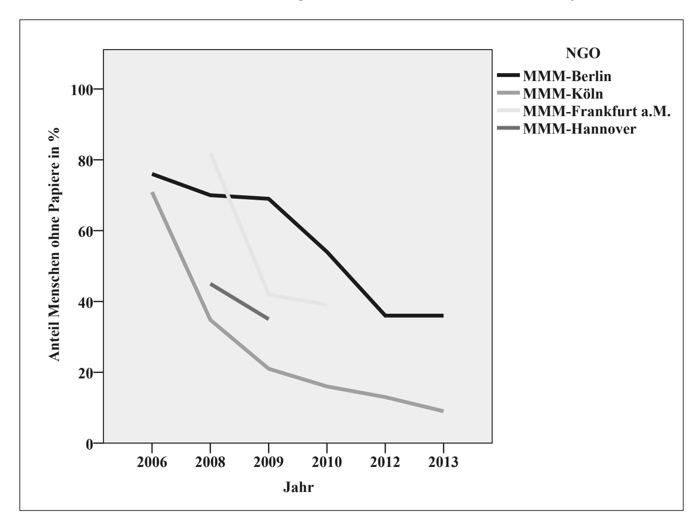


Quelle: Eigene Darstellung nach Angaben der Einrichtungen.

Bei allen NGOs findet sich in der Geschlechterverteilung ein Frauenüberschuss, wobei es in vier der sechs Einrichtungen zu einem Angleich des Geschlechterverhältnisses im Zeitverlauf gekommen ist. Köln bildet hier mit einem fast ausgeglichenen Verhältnis jeweils in 2008, 2009 und 2012 die Ausnahme, die Entwicklung in Berlin ist durch fehlende Angaben vor 2010 unbekannt. Die Menschen ohne Papiere machen unter den Behandelten einen abnehmenden Anteil aus. Auch in Berlin zeigt sich eine deutliche Abnahme von 76 % im Jahr 2006 auf nur noch 36 % in 2012 (s. Abb. 4). In München spielt diese Gruppe in beiden aufgeführten Einrichtungen nur noch eine untergeordnete Rolle. Das hat sich auch im Jahr 2010 nicht wesentlich verändert.[109]

109 | Vgl. Malteser Hilfsdienst e.V. München (2011), S. 10. Für MMM-München wird im Jahresbericht 2010 eine leichte Zunahme des Anteils irregulärer Zuwanderer angegeben. Für Open.med gab eine Mitarbeiterin auf Anfrage im Rahmen eines Arbeitsgruppentreffens in Berlin am 15.08.2011 an, dass die Entwicklung im Jahr 2010 unverändert angehalten habe.

Abbildung 4: Anteil Papierloser unter den Patientinnen und Patienten in den Einrichtungen zwischen 2006 und 2013



Anmerkung: Die Anteile bei MMM-München und Open.med sind wegen fehlender Angaben nicht abgebildet. Auch MMM-Frankfurt und MMM-Hannover machen keine Angaben mehr für die Folgejahre nach 2009.

Ein Vergleich der Altersverteilung gestaltet sich sowohl zwischen den Einrichtungen als auch im Jahresvergleich derselben Einrichtung schwierig, da die Kategorisierung der Altersklassen wie bereits ausgeführt unterschiedlich erfolgt. Tabelle 5 gibt die Angaben der Einrichtungen wieder.

Auffallend ist der hohe Anteil der unter 18- bzw. 19-Jährigen bei der MMM-Berlin, MMM-Köln und bei Open.med in München. In diesen Einrichtungen sind im Jahr 2009 zusätzlich pädiatrische Sprechstunden eingerichtet worden, was sicherlich zu einem weiteren Anwachsen dieser Altersgruppe unter den Patientinnen und Patienten führen wird. In Hannover gibt es seit dem Frühjahr 2011 eine Kindersprechstunde am Gesundheitsamt, die Vorsorgeuntersuchungen inklusive der Impfungen anbietet. Diese zusätzlichen Angebote haben Einfluss auf die Altersverteilung in den Einrichtungen. Die Daten demonstrieren, dass ein nicht unbeträchtlicher Anteil von Kindern ohne ausreichende Krankenversicherung in Deutschland lebt.

Tabelle 5: Altersverteilung der Patientinnen und Patienten in den verschiedenen Altersklassen (nach Jahren) in Prozent

<table>
<tr><th rowspan="2"></th><th colspan="5">MMM-Berlin</th><th>MMM-Köln[110]</th><th>MMM-Hannover[111]</th><th colspan="2">MMM-München[112]</th></tr>
<tr><th>2006</th><th>2008</th><th>2009</th><th>2010</th><th>2012</th><th>2008</th><th>2008</th><th>2009</th><th>2010</th></tr>
<tr><td><18</td><td>k.A.</td><td>11</td><td>15</td><td>15</td><td>22</td><td>2,3</td><td>~4</td><td>~7,5</td><td>~8</td></tr>
<tr><td>19-30</td><td>k.A.</td><td>40</td><td>36</td><td>33</td><td>33</td><td>17,4</td><td>~32</td><td>~29</td><td>~27</td></tr>
<tr><td>31-50</td><td>k.A.</td><td>38</td><td>37</td><td>28</td><td>28</td><td>55,7</td><td>40</td><td>38,9</td><td>30,8</td></tr>
<tr><td>>50</td><td>18</td><td>11</td><td>12</td><td>17</td><td>17</td><td>24,4</td><td>22</td><td>24,6</td><td>34,2</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th rowspan="2"></th><th colspan="2">Open.med[113]</th><th colspan="5">MMM-Köln[114]</th><th colspan="3">MMM-Frankfurt[115]</th></tr>
<tr><th>2009</th><th>2010</th><th>2006</th><th></th><th>2009</th><th>2010</th><th>2012</th><th>2008</th><th>2009</th><th>2010</th></tr>
<tr><td>0-18</td><td>17,5</td><td>~18,9</td><td>~2,2</td><td></td><td>~20</td><td>~34,5</td><td>~43,7</td><td>~7</td><td>~8,5</td><td>~3,1</td></tr>
<tr><td>19-29</td><td>22,6</td><td>~29,9</td><td rowspan="2">~45</td><td></td><td>~16</td><td rowspan="2">~44</td><td rowspan="2">~28,4</td><td rowspan="2">~44</td><td rowspan="2">~23,9</td><td>~13,1</td></tr>
<tr><td>30-39</td><td>19,8</td><td>15,7</td><td></td><td>22</td><td>42,7</td></tr>
<tr><td>40-49</td><td>17,1</td><td>14,5</td><td>~34</td><td></td><td>20</td><td rowspan="2">~35</td><td rowspan="2">40,4</td><td rowspan="2">36</td><td rowspan="2">43,7</td><td></td></tr>
<tr><td>50-59</td><td>10</td><td>16</td><td></td><td></td><td>10</td><td></td></tr>
<tr><td>60-69</td><td rowspan="2">10</td><td>9</td><td>~18,6</td><td></td><td>9</td><td rowspan="2">~12</td><td rowspan="2">~8,1</td><td rowspan="2">13</td><td rowspan="2">21,7</td><td>40,4</td></tr>
<tr><td>>70</td><td></td><td></td><td></td><td>3</td><td></td></tr>
<tr><td>unbekannt</td><td>3</td><td>—</td><td>—</td><td></td><td></td><td>—</td><td>—</td><td>—</td><td>2,2</td><td></td></tr>
</table>

110 | MMM-Köln hat in den jeweiligen Jahren unterschiedliche Kategorien für die Altersklassifizierung genutzt, daher finden sich die Angaben für 2006, 2009, 2010 und 2012 in der Folgetabelle.

111 | MMM-Hannover unterteilt das Alter in folgenden Gruppen: 0-17 J., 18-30 J., 31-50 J. und >50 Jahre. Für das Jahr 2009 liegen keine Angaben vor.

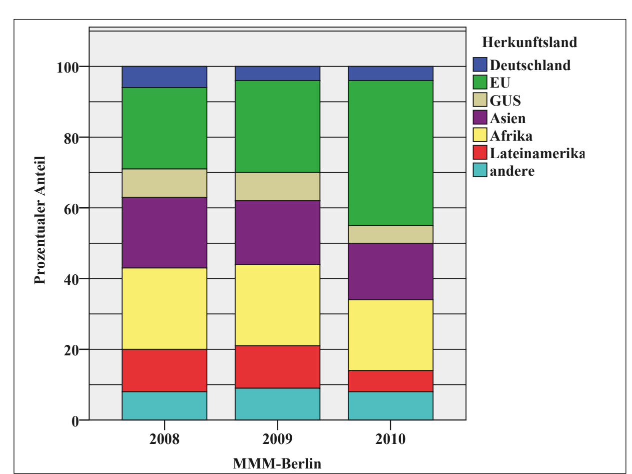
112 | MMM-München unterteilt die Altersklassen leicht abweichend: 0-17 J., 18-30 J., 31-50 J. und >50 J. Für das Berichtsjahr 2011 gibt es zur Altersverteilung keine Angaben.

113 | Open.med hat für das Berichtsjahr 2010 folgende Gruppen gebildet: 0-17 J., 18-29 J.,30-39 J., 40-49 J., 50-59 J. und ≥60 Jahre. Daher ist die Angabe in dieser Tabelle nur eine ungefähre Angabe.

114 | Die Kölner MMM gibt für die Jahre 2010 und 2012 Altersabstände von 0-19 J., 20-40 J., 40-65 J. und >65 J. an.

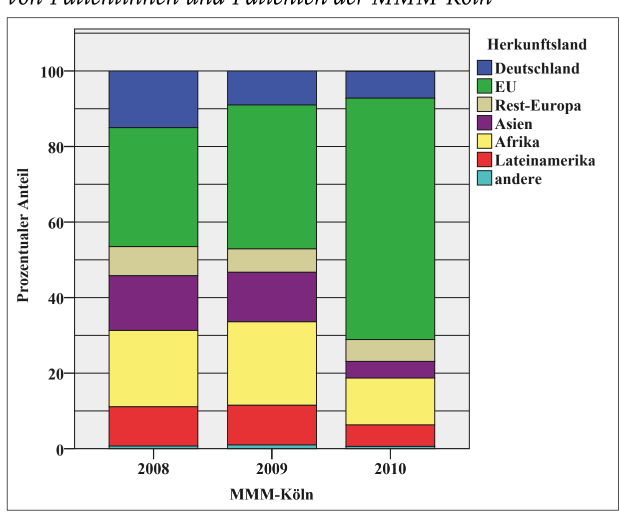
115 | Die Altersklassifizierung erfolgt bei der MMM-Frankfurt a.M. in folgenden Abständen: 0-9 J., 10-19 J., 20-39 J., 40-59 J. und ≥60 Jahre.

Abbildung 5: Prozentualer Anteil der Herkunftsländer von Patientinnen und Patienten der MMM-Berlin



Anmerkung: »EU« umfasst alle EU-Mitgliedsländer im Jahr 2011 mit Ausnahme Deutschlands, was separat aufgeführt ist. Eigene Darstellung auf Grundlage der Daten in den Jahresberichten der MMM-Berlin. Das Berichtsjahr 2012 ist nicht mitaufgeführt.

Abbildung 6: Prozentualer Anteil der Herkunftsländer von Patientinnen und Patienten der MMM-Köln



Anmerkung: »EU« umfasst alle EU-Mitgliedsländer im Jahr 2011 mit Ausnahme Deutschlands, was separat aufgeführt ist. Eigene Darstellung auf Grundlage der Daten in den Jahresberichten der MMM-Köln. Das Berichtsjahr 2012 ist nicht mitaufgeführt.

Die Herkunftsländer der Behandelten in den aufgeführten Einrichtungen sind breit gestreut und sehr variabel. Abb. 5 und Abb. 6 stellen exemplarisch bei zwei Hilfsorganisationen die unterschiedlichen Herkunftsländer dar, die anteilig unter den Patientinnen und Patienten vertreten sind. Allerdings zeigt sich sowohl in den hier verglichenen Organisationen als auch nach den Berichten weiterer NGOs eine Gemeinsamkeit:[116] Es suchen vermehrt Menschen aus dem EU-Raum Institutionen außerhalb der gesundheitlichen Regelversorgung auf. Hierbei werden insbesondere die Länder Bulgarien und Rumänien genannt.[117] Da insgesamt die Zahl der Behandelten zunimmt, nimmt in absoluten Zahlen nicht unbedingt die Zahl der Menschen aus Ländern außerhalb der EU ab. Aber die Anteile verschieben sich. Auch Menschen mit deutscher Staatsangehörigkeit können aus unterschiedlichen Gründen aus der Regelversorgung herausfallen oder diese in der Form nicht in Anspruch nehmen wollen. Trotz der Gesundheitsreform von 2007 mit der Einführung der allgemeinen Versicherungspflicht zum 1. Januar 2009 war nach wie vor ein Teil der deutschen Bevölkerung nicht krankenversichert.[118] Dies konnte beispielsweise Selbstständige mit zu geringem Einkommen betreffen oder Privatversicherte, die ihren Beitrag nicht mehr zahlen und z.B. aus Altersgründen nicht mehr in die gesetzliche Krankenversicherung wechseln konnten. Sie machen in den hier untersuchten NGOs zwischen 4 % und sogar 22,4 % aller Patientinnen und Patienten im Jahr 2010 aus. Bei den übrigen Herkunftsländern können – insbesondere wenn man die Entwicklung in den Jahren 2008 bis 2010 betrachtet – keine deutlichen Schwerpunkte ausgemacht werden. Und

116 | Auch z.B. aus Bremen wird von den Mitgliedern des Medibüros berichtet, dass es in den letzten Jahren zu einem Anstieg von Menschen aus den neuen EU-Beitrittsländern kommt, so dass diese Gruppe inzwischen etwa die Hälfte der Aufsuchenden ausmacht. Vgl. Schmidt (2009), S. 69-70.

117 | Vgl. z.B. Ärzte der Welt e.V. (2011), S. 11, Malteser Hilfsdienst e.V. Hannover (2010), S. 1, Malteser Hilfsdienst e.V. Köln (2009), S. 7.

118 | Die Anzahl nicht krankenversicherter Deutscher ist vermutlich durch die Änderungen in den Rückzahlbedingungen 2013 in ihrem Umfang seither rückläufig. Wie z.B. die Verbraucherzentrale BW ausführt, hat »die Versicherungspflicht und auch der Grundgedanke, dass es keine Menschen mehr ohne Versicherungsschutz geben soll«, dazu geführt, »dass Versicherte ihren Versicherungsschutz nicht mehr verlieren können, wenn sie ihre Beiträge nicht bezahlen. Eine Kündigung einer so genannten Pflichtversicherung ist nunmehr selbst bei der privaten Krankenversicherung ausgeschlossen. [...] Werden die Beiträge nicht mehr bezahlt, ruhen die Leistungen. Der Versicherte erhält – egal ob gesetzlich oder privat versichert – nur noch unaufschiebbare Leistungen, beispielsweise bei akuten Erkrankungen oder Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft.« Siehe Verbraucherzentrale Baden-Württemberg: www.vz-bawue.de/Rueckkehr-in-die-Krankenversicherung-1 [14.05.2015].

auch in dieser Hinsicht gelten die bereits beschriebenen Einschränkungen zur Aussagekraft der Daten. Hinsichtlich des Erkrankungsspektrums ist die Dokumentation von Einrichtung zu Einrichtung ebenfalls unterschiedlich differenziert. Wird an einzelnen Standorten nur nach den übergeordneten medizinischen Fachbereichen Innere, Chirurgie, Zahnmedizin etc. dokumentiert bzw. in den veröffentlichten Statistiken unterschieden, wird in anderen Einrichtungen entsprechend der Internationalen Klassifikation von Erkrankungen (ICD-10-Katalog[119]) weiter ausdifferenziert. Tab. 6a und Tab. 6b zeigen das Erkrankungsspektrum in den verschiedenen Einrichtungen soweit es öffentlich zugänglich ist. Wie auch in allgemeinärztlicher Praxis überwiegen Krankheitsbilder aus dem internistischen Bereich. Sie begründen zwischen einem Fünftel bis über die Hälfte aller Einrichtungsbesuche in den aufgeführten Zeiträumen (mit Ausnahme der MMM-München). Allerdings kann man davon ausgehen, dass die Einteilung in die verschiedenen Kategorien bei der Dokumentation sowohl zwischen den Behandelnden als auch bei dem- oder derselben Behandelnden variiert.

119 | ICD-10: »International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems«: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. Die Klassifikation wurde von der Weltgesundheitsorganisation erstellt. Die Ziffer 10 steht für die 10. Revision der Klassifikation. In der ambulanten und stationären Versorgung wird die ICD-10 zur Verschlüsselung der Diagnosen angewandt: www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2013/index.htm [02.10.2013].

Tabelle 6a: Erkrankungsspektrum (anteilig in %) der Patientinnen und Patienten in den Einrichtungen der MMM in Berlin, Hannover und Köln[120]

<table>
<tr><th rowspan="2"></th><th colspan="4">MMM-Berlin[121]</th><th>MMM-Hannover</th><th colspan="3">MMM-Köln[122]</th></tr>
<tr><th>2006</th><th>2008</th><th>2009</th><th>2010</th><th>2008</th><th>2008</th><th>2009</th><th>2010</th></tr>
<tr><td>Innere</td><td>25</td><td>26</td><td>17</td><td>23</td><td>43</td><td>33,3</td><td>37,8</td><td>40,6</td></tr>
<tr><td>Chirurgie</td><td>3</td><td>—</td><td>—</td><td>—</td><td>—</td><td>11</td><td>3,8</td><td>2,3</td></tr>
<tr><td>Zähne</td><td>10</td><td>5</td><td>9</td><td>11</td><td>5</td><td>7,7</td><td>4,6</td><td>—</td></tr>
<tr><td>Orthopädie</td><td>6</td><td>7</td><td>—</td><td>9</td><td>5</td><td>10,2</td><td>13,9</td><td>10,2</td></tr>
<tr><td>Gynäkologie</td><td>6</td><td>—</td><td>10</td><td>10</td><td>—</td><td>—</td><td>—</td><td>—</td></tr>
<tr><td>Neurologie/Psychiatrie</td><td>4</td><td>6</td><td>5</td><td>8</td><td>2</td><td>4,7</td><td>5,2</td><td>5,1</td></tr>
<tr><td>HNO</td><td>13</td><td>1</td><td>—</td><td>—</td><td>4</td><td rowspan="2">3,2</td><td rowspan="2">3,8</td><td rowspan="2">2,3</td></tr>
<tr><td>Auge</td><td>3</td><td>1</td><td>—</td><td>—</td><td>2</td></tr>
<tr><td>Urologie</td><td>3</td><td>13</td><td>—</td><td>—</td><td>—</td><td>7</td><td>3,1</td><td>3,9</td></tr>
<tr><td>Haut</td><td>6</td><td>—</td><td>—</td><td>—</td><td>7</td><td>7,9</td><td>5,6</td><td>6,7</td></tr>
</table>

120 | MMM-Frankfurt a.M. gibt in ihren Jahresberichten keine genaueren Auskünfte zum Erkrankungsspektrum. Für 2009 gibt es von der MMM-Hannover keine Zahlen zu den Erkrankungen. Die Berichtsjahre 2006 und 2012 der MMM-Köln sowie 2012 der MMM-Berlin sind nicht mitaufgeführt, da die Daten (Berichtsjahre 2012) keine wesentlichen Veränderungen aufweisen.

121 | Für 2007 ist die Klassifikation der Erkrankungen erneut im Vergleich zu den Vorjahren verändert. »Innere« wird nicht mehr aufgeführt, stattdessen erfolgt eine Unterscheidung nach »Atmungsorgane«, »Verdauungssystem« und »Kreislaufsystem« was durch die Autorin zwecks Übersichtlichkeit unter »Innere« subsummiert wurde. Allerdings ist der Anteil der Kategorie »Andere« für das Jahr 2009 wesentlich höher als in den vorausgegangenen Jahren, so dass davon auszugehen ist, dass noch einige Erkrankungen unter »Andere« aufgeführt sind, die u. U. noch dem Bereich der Inneren Medizin zuzuordnen wären.

122 | MMM-Köln differenziert das Erkrankungsspektrum weiter auf. Zur Übersicht werden hier verschiedene Kategorien zusammengeführt. Zu »Innere« wurden Infektionskrankheiten, Erkrankungen der Atmungsorgane, des Herz-/Kreislaufsystems und des Verdauungssystems gezählt. In den Bereich Chirurgie wurden Tumoren und Verletzungen aufgenommen. Eine gewisse Unschärfe ist damit nicht zu vermeiden. In Köln spielt bei der MMM Schwangerschaft keine oder nur eine sehr untergeordnete Rolle, da Schwangere vom Kölner Gesundheitsamt betreut werden. Im Jahr 2010 wurden im Bericht für Kinder und Erwachsene getrennte Angaben veröffentlicht. Für die Tabelle sind sie wieder zusammengeführt worden. Zudem ist im Jahr 2010 der Bereich Zahnmedizin nicht separat aufgeführt.

Stoff-wechsel[123]	—	5	5	5	—	6	6	5,7
Schwanger-schaft	17	22	18	15	32	1,7	—	1,4
Kinder	4	—	—	10[124]	—	—	—	—
Anderes	—	8	36	9	—	7,4[125]	20,2	13

Trotz der Ungenauigkeiten bleiben einige Punkte beachtenswert: Es fällt der große Anteil der Personen auf, die im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft eine gesundheitliche Versorgung in Anspruch nehmen. Dies ist in allen Institutionen der Fall mit Ausnahme der MMM-Köln aus bereits genannten Gründen. Schwangere machten 2010 in den Einrichtungen zwischen 15 % und etwa 23 % aller Behandelten aus. Zwei Einrichtungen geben in ihren Jahresberichten Häufigkeiten von Infektionskrankheiten an. Sie machen mit etwa 3 %-8,5 % im Jahr 2010 (MMM-München) nur einen geringen Anteil unter allen diagnostizierten Erkrankungen aus. Hierunter summieren sich verschiedene Krankheiten: Von häufigen Darm- und Streptokokken-Infektionen bis hin zu den meldepflichtigen Erkrankungen. Ansonsten finden sich noch gehäuft orthopädische Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes sowie gynäkologische Beschwerden. In den beiden Einrichtungen in München fällt zudem der höhere Anteil an neurologischen und psychiatrischen Beratungsanlässen auf. Allerdings wird in diesen beiden Institutionen eine Mehrfachnennung berücksichtigt, während in den übrigen Einrichtungen nach der Hauptbeschwerde klassifiziert wird. Keine Auskunft geben die Berichte über Unterscheidungen im Krankheitsbild und Herkunft nach Geschlecht, Aufenthaltsstatus oder Altersgruppe.

3.3.3 Patientinnen und Patienten ohne Papiere der Malteser Migranten Medizin in Hannover

Im Folgenden werden einige Ergebnisse einer retrospektiven Auswertung der Patientinnen- und Patientendaten der MMM in Hannover über jeweils einen Zeitraum von einem Jahr dargestellt. Bei der MMM-Hannover findet eine Dokumentation des Aufenthaltsstatus und eine Verschlüsselung der Erkrankungen nach ICD-10 statt. Außerdem werden soziodemografische Merkmale wie Geschlecht, Alter und Herkunft erfasst. Der Zugang zu diesen Daten ermöglicht eine genauere und selektive Darstellung der Behandelten, die über keine Papiere verfügen. Die Daten wurden vom medizinischen Personal der

123 | Für das Jahr 2010 wird angegeben, dass Impfungen und Beratungen 28 % aller Behandlungsanlässe ausmachten.

Anlaufstelle im Rahmen der Anamnese und körperlichen Untersuchung erhoben und dokumentiert.

Tabelle 6b: Erkrankungsspektrum (anteilig in %) der Patientinnen und Patienten in den Einrichtungen der MMM-München und bei Open.med in München

	Open.med		**MMM-München**	
	2009	**2010**[127]	**2009**	**2010**
Innere	26,3	74,9	16,3	11,6
Chirurgie	—	—	11,5	8,6
Zähne	5,9	—	2,3	6,7
Orthopädie	14,1	34,4	6,7	6,7
Gynäkologie	—	—	—	18,3[128]
Neuro/ Psych	11,5	16,1	12,2	16,6
HNO	1,6	—	2,3	10,8
Auge	2,6	—		1,9
Urologie	2,8	—	5,8	—
Haut	8,3	—	5,8	3,4
Stoffwechsel	1,6	13	13	8,7
Schwangerschaft	9,1	22,7	10,1	—
Kinder	—	—	—	—
Anderes	7,6	13,8	13,3	36,4[129]

Zum Einblick in die Strukturen und Arbeitsweise wurde die Einrichtung wiederholt von der Autorin im Jahr 2010, 2011 sowie 2014 aufgesucht und Gesprä-

124 | Die Unterscheidung »Stoffwechsel« erfolgt erst nach dem Jahr 2006 in der Statistik der MMM-Berlin. Es ist denkbar, dass diesem Bereich zugeordnete Erkrankungen wie z.B. Diabetes mellitus oder Schilddrüsenerkrankungen zuvor zur Kategorie »Innere« gezählt worden sind.

125 | Im Jahresbericht der MMM-Berlin für 2010 werden Untersuchungen, Beratungen und Impfungen unter einem Punkt zusammengefasst. Es betrifft also nicht nur Kinder.

126 | Im Jahresbericht der MMM-Köln sind Impfungen/Beratungen in »Anderes« enthalten.

127 | Open.med und MMM-München geben Mehrfachnennungen von Erkrankungen an, daher geben die Prozentzahlen die relative Häufigkeit der Erkrankungsgruppe als genannter Behandlungsgrund an.

128 | Im Jahr 2010 ist der Bereich Zahnmedizin nicht separat aufgeführt.

129 | 2010 sind Schwangerschaften als Behandlungsanlass in der Kategorie »Gynäkologie« inbegriffen.

che mit den Beteiligten vor Ort geführt. Die MMM in Hannover wurde Mitte Juni 2007 gegründet und bietet seitdem einmal in der Woche eine Sprechstunde von 10 bis 12 Uhr an. Im Sommer ist die Einrichtung für zwei Wochen geschlossen (Stand: Februar 2014). Es arbeiten in den Räumlichkeiten vier bis fünf Ärztinnen und Ärzte aus unterschiedlichen Fachrichtungen sowie eine Hebamme.[130] Außerdem ist eine Person für administrative Vorgänge zuständig und eine weitere Person bietet Beratung zu Fragen des Aufenthaltsrechts und potenzieller Kostenträgerschaft an. In der ärztlichen Konsultation wird die (Verdachts-)Diagnose gestellt und in einer Akte handschriftlich dokumentiert. Weitere Untersuchungen wie Sonografie oder Blutabnahmen können durch eine Ärztin oder einen Arzt vor Ort erfolgen. Medikamente werden in einem geringen Umfang aus einem Spendenpool abgegeben. Falls erforderlich kann auf ein Netzwerk von Fachärztinnen und Fachärzten zur Weitervermittlung im Bedarfsfall zurückgegriffen werden, die nach dem einfachen Satz GOÄ entlohnt werden. Ebenso besteht eine Absprache mit einer gynäkologischen Abteilung eines Krankenhauses, falls eine Einweisung nötig werden sollte. Bis 2014 einschließlich übernahmen die MMM die Kosten für Geburten. Im Folgenden werden zwei Zeiträume miteinander verglichen: 1. Juli 2007 bis zum 30. Juni 2008, der erste Zeitraum unmittelbar nach Öffnung der Anlaufstelle, und der äquivalente Zeitraum von 2009 bis 2010. In die Datenauswertung wurden alle Behandelten und Kontakte (also jeder Besuch) aufgenommen, die im genannten Zeitraum dokumentiert wurden. Die Dokumentation erfolgt in zwei Schritten: Zu jeder Patientin/zu jedem Patienten gibt es eine Akte, in der die handschriftliche Dokumentation der basalen Angaben bei Erstkontakt und im Weiteren der Beschwerden erfolgt. Anschließend, nach der Konsultation, findet eine Übertragung in eine Microsoft-Excel-Datei statt. Es werden kategoriale Variablen wie Name, Geburtsdatum, Geschlecht, Herkunft und Aufenthalts- bzw. Versicherungsstatus festgehalten. Außerdem werden die Erkrankungen nach dem ICD-10-Schlüssel dokumentiert sowie das weitere Vorgehen, eingeteilt in Überweisung, Therapie und Empfehlung zur Wiedervorstellung. Die Daten sind zum großen Teil vollständig, in wenigen Fällen fehlen Angaben zu Herkunft und Alter. Einige offensichtliche Eingabefehler (z.B. Schwangerschaft als Konsultationsgrund bei einer über 55-jährigen Patientin, die ansonsten die Einrichtung aus anderen Gründen aufsucht) wurden nicht berücksichtigt. Die in Abb. 10 vorgenommene Einteilung der Herkunftsstaaten orientiert sich am Zuordnungssystem der UN-Institutionen, differenziert allerdings zusätzlich die EU-Beitrittsstaaten aufgrund der spezifischen Lage mit einer bis zum 31.12.2013 gegoltenen Einschränkung der Arbeitnehmerfreizügigkeit in

130 | Die Ärztinnen und Ärzte, die bei der MMM arbeiten, fluktuieren und damit auch die dort vertretenen Fachrichtungen. Im Sommer 2011 waren folgende Fachrichtungen vertreten: Allgemeinmedizin, Gynäkologie und Hals-Nasen-Ohrenheilkunde.

Deutschland. Das Säulendiagramm (Abb. 7) verdeutlicht, dass sowohl die Zahl der Patientinnen und Patienten mit und ohne Papiere als auch die Zahl der Behandlungen im jüngsten untersuchten Zeitraum zugenommen haben.

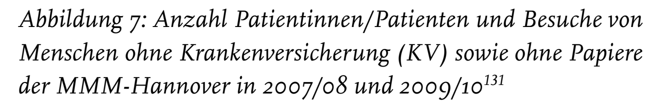
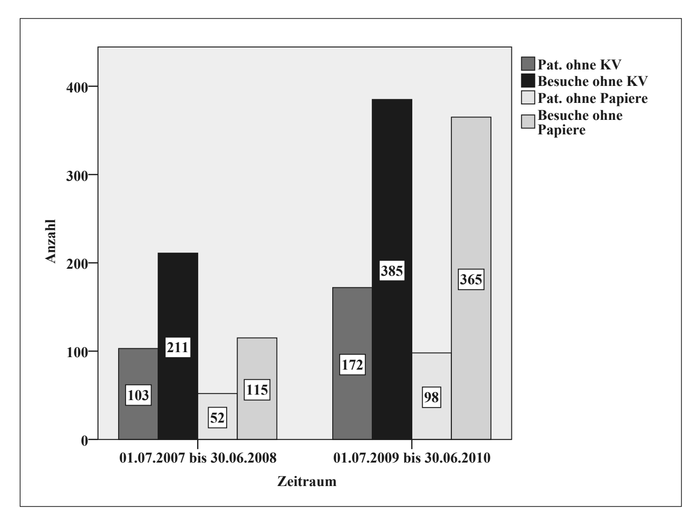


Abbildung 7: Anzahl Patientinnen/Patienten und Besuche von Menschen ohne Krankenversicherung (KV) sowie ohne Papiere der MMM-Hannover in 2007/08 und 2009/10[131]



Entgegen der Eigenwahrnehmung des Personals der MMM[132] und der Darstellung im Jahresbericht bleibt der relative Anteil der Behandelten ohne Papiere bei etwa gut einem Drittel (33,5 % versus 36,3 % im Jahr 2009/10) konstant.[133] Der relative Anteil an Besuchen von undokumentierten Migrierten steigt von etwa einem Drittel auf fast die Hälfte an. Im Zeitraum 2009/10 kommen also mehr Behandlungen auf eine Patientin bzw. auf einen Patienten ohne Papiere

131 | Zur Vereinfachung sind Behandelte nach Krankenversicherungs- und Aufenthaltsstatus getrennt aufgeführt. Entscheidend ist der Aufenthaltsstatus, auch wenn die Patientinnen und Patienten ohne Papiere ebenfalls über keine Krankenversicherung verfügen.

132 | Wiederholt haben Mitarbeitende der MMM-Hannover bei Besuchen 2010 als auch 2011 und 2014 gegenüber der Autorin ihren Eindruck geschildert, dass der Anteil der Menschen ohne Papiere abnehmen würde. Auch im Jahresbericht wird eine Abnahme angegeben (siehe Kapitel 3.3.2).

133 | Der Anteil wird stets zur gesamten Zahl der Patientinnen und Patienten ins Verhältnis gesetzt, beinhaltet also sowohl jene ohne Krankenversicherung als auch jene, die zusätzlich über keine Papiere verfügen.

als im Vergleichszeitraum (2,2 in 2007/08 versus 3,7 Besuche pro Person im Jahr 2009/10). Die Geschlechterverteilung ist in Tab. 7 dargestellt.

Tabelle 7: Geschlechterverteilung bei Patientinnen und Patienten ohne Krankenversicherung (KV) bzw. zusätzlich ohne Papiere in zwei Zeiträumen, MMM-Hannover

	Migrierte ohne Papiere		**Migrierte ohne KV**	
	Anteil Frauen in %	Anteil Männer in %	Anteil Frauen in %	Anteil Männer in %
Personen 07/08	71,2	28,8	52,4	47,6
	n=52		n=103	
Personen 09/10	76,5	23,5	59,3	40,7
	n=98		n=172	
Besuche 07/08	73,9	26,1	45,5	54,5
	n=115		n=211	
Besuche 09/10	81,9	18,1	60,3	39,7
	n=365		n=385	

Der Vergleich der Altersverteilungen zwischen den Behandelten ohne Krankenversicherung und jenen, die zudem keine Papiere haben zeigt deutlich eine Häufung in der Altersklasse der 20- bis 40-Jährigen bei den Menschen ohne Papiere (Abb. 8a und 8b, Abb. 9a und 9b).

Abbildung 8a: Altersverteilung der Patientinnen/Patienten ohne Krankenversicherung im Zeitraum 07/08, MMM-Hannover

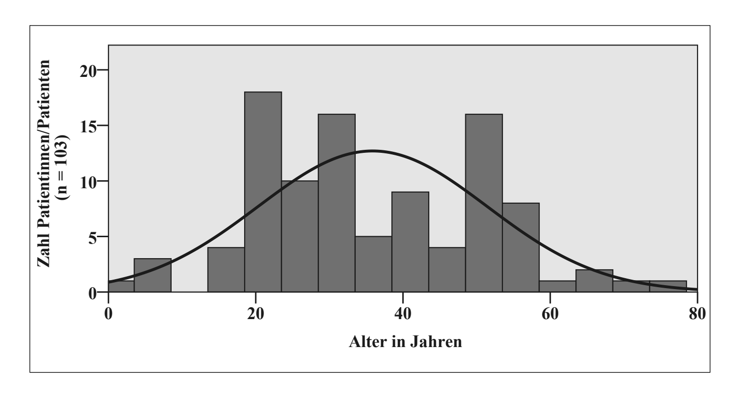


Abbildung 8b: Altersverteilung der Patientinnen/Patienten ohne Papiere im Zeitraum 07/08, MMM-Hannover

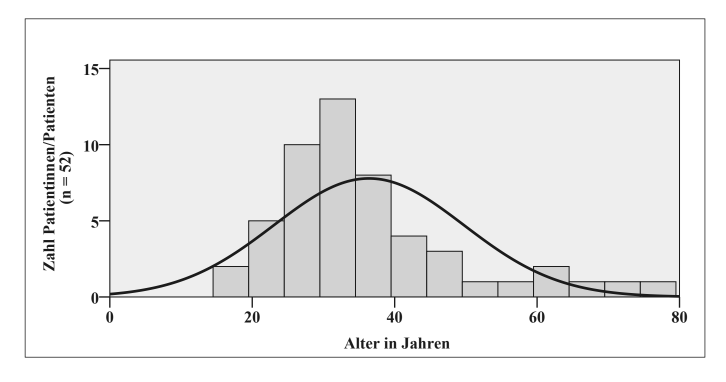


Abbildung 9a: Altersverteilung der Patientinnen/Patienten ohne Krankenversicherung im Zeitraum 09/10, MMM-Hannover

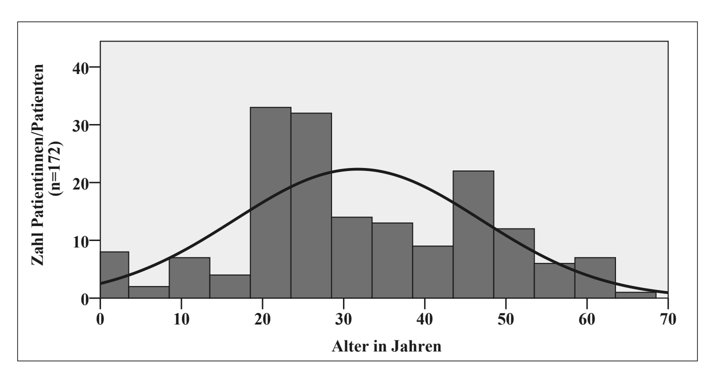
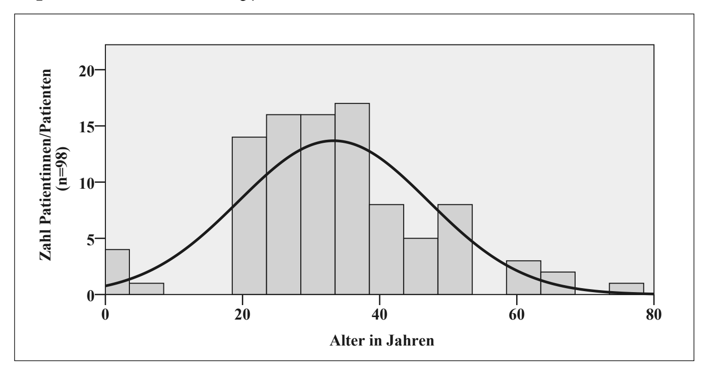


Abbildung 9b: Altersverteilung der Patientinnen/Patienten ohne Papiere im Zeitraum 09/10, MMM-Hannover



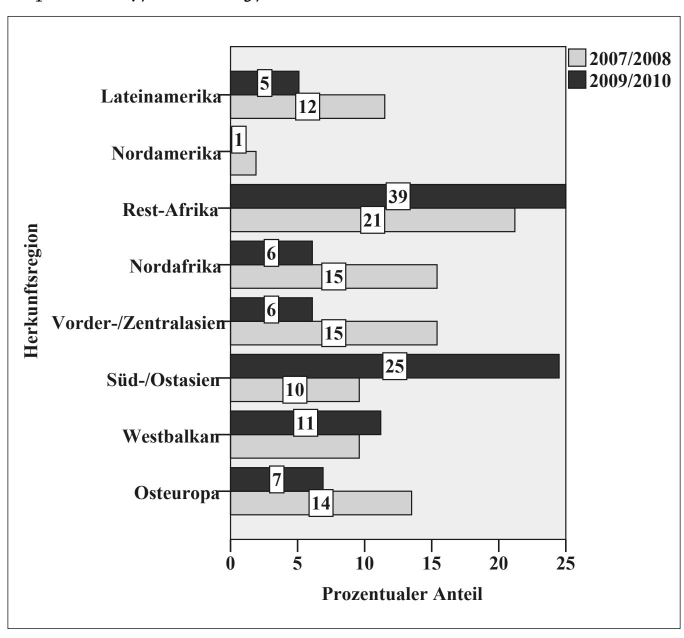
Die Geschlechterverteilung zeigt bei undokumentierten Migrierten ein ausgeprägtes Ungleichgewicht. 2009/2010 machten Frauen fast 82 % der Behandelten bei der MMM-Hannover aus. Dieser Überschuss findet sich nicht bei den Patientinnen und Patienten ohne Krankenversicherung. Ein Grund für das Geschlechterverhältnis bei Menschen ohne Papiere findet sich in der Übersicht zum Erkrankungsspektrum bzw. Beratungsanlass (s. Tab. 8). 2009/2010 waren über die Hälfte der Behandelten ohne Papiere schwanger.

Tabelle 8: Erkrankungsgruppen bei Migrierten ohne Papiere in zwei Zeiträumen im Vergleich

Erkrankungsgruppe (Beispielerkrankung) bzw. Schwangerschaft	07/08 **Anteil in % bei Besuchen**	09/10 **Anteil in % bei Besuchen**
	n=115	n=365 (Besuche), 719 Diagnosen
Infektiöse Erkrankungen (HIV, Hepatitis)	3,5	4,1
Bösartige Neubildungen (Tumoren versch. Organsysteme)	1,7	0,3
Gutartige Neubildungen	0,9	5,5
Bluterkrankung (Eisenmangel)	5,2	11,2
Stoffwechsel (Diabetes mell.)	0,9	10,4
Psychische Erkrankungen (Alkohol-/ Nikotinabhängigkeit, Depression)	5,2	6,3
Neurologie (Epilepsie)	0	1,1
Auge (Bindehautentzündung)	1,7	6
HNO (Mittelohrentzündung)	0,9	2,5
Kreislauf (Koronare Herzkrankheit, Bluthochdruck)	10,4	14
Atmung (grippaler Infekt, Bronchitis)	7,8	12,6
Verdauung (Karies, Gastritis)	14,8	17,8
Haut (Dermatitis, Entzündungen)	4,3	2,5
Muskel (Rückenschmerzen)	9,6	11
Urogenital (Zystitis)	0	19,7
Schwangerschaftsassoziierte Krankheiten (Diab. mell, übermäßiges Erbrechen)	2,6	1,6
Fehlbildungen, Deformitäten des Neugeborenen	0,9	3,6
Auffällige Laborbefunde, Allgemeinsymptome (Fieber)	4,3	11
Verletzungen	2,6	6,6
Schwangerschaften	35,7	52,1
Diagnosestellungen	–	719

Auch die Herkunftsregionen können für Patientinnen und Patienten ohne Papiere aufgeschlüsselt werden (s. Abb. 10). Die aufgeführten Länder bzw. Regionen sind allerdings unterschiedlich groß hinsichtlich ihrer Ausdehnung und ihrer Bevölkerungszahl, zudem könnten sie auch in anderer Weise zusammengefasst werden.

Abbildung 10: Herkunftsregionen der Patientinnen/Patienten ohne Papiere in 07/08 und 09/10, MMM-Hannover



3.4 Interviews: Die Befragung Betroffener – acht Sichtweisen

Fragestellungen der vorliegenden Arbeit werden quantitativ mittels standardisierter Verfahren untersucht, das repräsentative Aussagen zur Versorgungssituation an den Gesundheitsämtern in Deutschland und eingeschränkt zur Versorgung im medizinischen Notfall ermöglichen sollen. Ein wichtiger Vorteil einer solchen Herangehensweise ist damit deutlich, die Repräsentativität. Ein qualitativer Untersuchungsansatz bietet diesen Vorteil zwar nicht, kann allerdings helfen, komplexe Lebenssituationen und Handlungsweisen zu erkennen. Aufgrund der gefährdeten Lebenssituation von Zugewanderten ohne Papiere in Deutschland sind repräsentative Studien zu Informationsbeschaffung über Möglichkeiten der Gesundheitsversorgung und Handlungsweisen

im Krankheitsfall nicht möglich. In explorativen Studien – z.B. durchgeführt in Berlin und Brandenburg, Hamburg und anderen Großstädten[134] – sind zu unterschiedlichen Zeitpunkten Migrantinnen und Migranten ohne Papiere zu verschiedenen Aspekten von Gesundheit und Krankheit befragt worden. Die Interviewten im Rahmen dieser Studie, die zeitweise ohne Papiere in Deutschland lebten, sind im Verlauf der Interviews explizit auf ihre Kenntnisse zum Angebot der Gesundheitsämter befragt worden. Sowohl diese Interviews als auch die Gespräche mit der Angebotsseite können Problemkonstellation in der medizinischen Versorgung veranschaulichen. Es werden die Erfahrungen von fünf Menschen wiedergegeben, die sich zeitweise ohne Papiere in Deutschland aufgehalten haben sowie die Expertise dreier Personen aus dem Gesundheitswesen mit häufigem Kontakt zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten. Die Darstellung im Folgenden beschränkt sich auf die wesentlichen Aussagen der Interviewten zur medizinischen Versorgung und führt keine Analyse im Sinne einer qualitativen Datenanalyse durch, da dies für die Fragestellungen der vorliegenden Studie nicht notwendig ist. Die Interviewauszüge haben lediglich ergänzenden Charakter.

3.4.1 Auswahl und Methodik der Interviews

Die Interviews wurden zwischen August und Oktober 2011 durchgeführt. Die befragten Frauen und Männer, die sich vorübergehend ohne Papiere in Deutschland aufgehalten hatten, wurden unsystematisch durch ein »Schneeballsystem« ermittelt: Bekannte kennen Menschen, die migriert sind, diese kennen wiederum weitere Personen. Die Auswahl erfolgte anhand einiger weniger Kriterien. Die geringe Exklusion ist bedingt durch die schwierige Lage der Menschen in aufenthaltsrechtlicher Illegalität und einer insgesamt eingeschränkten Redebereitschaft, auch bereits legalisierter Migrantinnen und Migranten. Folgende Kriterien wurden berücksichtigt:

1. Aufenthaltsstatus: In den letzten fünf Jahren sollten die Interviewten ohne Papiere in Deutschland gelebt haben, über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten. Die Zeit in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität sollte nicht zu lange her sein, da sich zum einen die Umstände des Lebens ohne Papiere in Deutschland verändert haben und zum anderen die Zeit ausreichend gut erinnert werden sollte.
2. Sprachkenntnisse: Ausreichende Kenntnisse der deutschen oder englischen Sprache stellten eine Voraussetzung dar, um das Interview direkt, ohne Sprachvermittlung, durchführen zu können.

134 | Siehe beispielsweise die Studie von Huschke (2013), Mitrović (2009), Krieger et al. (2006), Steffan et al. (2005) u.a.

3. Wohnort: Der Wohnort zum Zeitpunkt der fehlenden Aufenthaltserlaubnis sollte bei allen Personen übereinstimmen, da die Angebotsstruktur vor Ort der Interviewerin weitgehend bekannt ist und daher gezielte Fragen zur Wahrnehmung dieses Angebots möglich waren.

Der sozioökonomische Status stellte kein Auswahlkriterium dar, ebenso wenig wie das Herkunftsland. Die drei genannten Kriterien sind Minimalkriterien, um überhaupt einen Zugang zu Menschen zu erhalten, die bereit sind, über ihre Zeit in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität zu sprechen. Die Interviewpartnerinnen und -partner wurden zu Beginn über ihr Einverständnis zum Interview und zur Aufnahme desselben befragt. Der Ablauf sowie Inhalt der Befragung wurde zuvor grob skizziert. Es wurde mitgeteilt, dass die Zeit des fehlenden Aufenthaltsstatus im Fokus des Interviews sowie der Studie liege und über Erfahrungen in diesem Zusammenhang befragt werden würde. Die zu Interviewenden wurden zudem informiert, dass die Beantwortung der einzelnen Fragen freiwillig erfolge und sie jederzeit das Interview abbrechen könnten. Die Vertraulichkeit und Anonymität wurden zugesichert. Es wurde eine gemischte Interviewform gewählt mit zunächst wenigen offenen Fragen, um der subjektiven Gewichtung und der eigenen Sprache ausreichend Raum zu geben. Während des offenen Erzählens wurden Verständnisfragen gestellt. Im zweiten Teil folgten überwiegend geschlossene Fragen, um das zuvor Gesagte einzuordnen und für die Fragestellung besonders relevante Themengebiete zu erörtern. Die geschlossenen Fragen stammen überwiegend aus einem bestehenden Fragebogen einer internationalen, quantitativen Studie zu »HIV/AIDS und Migranten/innen – Gesundheitsrisiken, soziale Lage und Angebote einschlägiger Dienste«. Die Fragen wurden der Publikation der nationalen Ergebnisse, Steffan et al. (2005), entnommen und aus dem Englischen ins Deutsche übersetzt bzw. einige Fragen ergänzt.

Die drei Expertinnen/Experten aus verschiedenen Institutionen des Gesundheitssystems wurden gezielt ausgewählt. Eine Mitarbeiterin eines Gesundheitsamtes hatte ein neues Angebot für nichtversicherte Kinder implementiert, eine Mitarbeiterin in einer »Humanitären Sprechstunde« eines Gesundheitsamtes schildert die Grenzen der Versorgung vor Ort und ein niedergelassener Facharzt beschreibt seine Erfahrungen in der medizinischen Versorgung undokumentierter Migrantinnen und Migranten mit einer HIV-Infektion. Diese drei spezifischen Situationen entziehen sich einer quantitativen Erhebung, können aber individuelle Erfahrungen zum Thema der Arbeit beisteuern. Die Interviews wurden zu verschiedenen Zeitpunkten 2011 und 2012 durchgeführt. Die zu Befragenden wurden über die Zielsetzung der vorliegenden Arbeit informiert. Entsprechend ihrer Aufgabengebiete waren zuvor Fragen ausgearbeitet. Die Kontakte wurden über Besuche an verschiedenen

Gesundheitsämtern und direkter Anfrage nach der Literaturrecherche hergestellt.

3.4.2 Interviews I: Gesundheit und medizinische Versorgung in *der aufenthaltsrechtlichen Illegalität*

Die Interviews wurden mit vier Männern und einer Frau durchgeführt, die sich zeitweise ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland aufgehalten hatten. Ein Mann (A-S) befand sich zum Zeitpunkt des Interviews noch in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität. Zum Schutz seiner Identität werden keine näheren Angaben zum Alter oder zum Herkunftsland gegeben. Drei Männer kamen aus Westafrika (WA-S, WA-L, WA-B) und eine Frau aus Südamerika (SÜ-J). Die Männer aus Westafrika kannten sich untereinander. Einige biografische Daten werden im Folgenden genannt:

- A-S war zum Zeitpunkt des Interviews durch eine schlecht behandelte HIV-Infektion in deutlich reduziertem Allgemeinzustand und konnte viele Fragen nicht adäquat (im medizinischen Verständnis) beantworten. A-S hielt sich seit einigen Monaten ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland auf. Der rechtliche Status konnte aufgrund eines bereits gestellten Asylantrags in einem anderen EU-Land unmittelbar nicht geändert werden. A-S gab an, dass er sich lediglich für einige Monate in der Stadt aufhalte. Zum Zeitpunkt des Gesprächs suchte er bereits nach Optionen, weiterreisen zu können. A-S war bereit, einige Angaben in einem nicht aufgezeichneten Gespräch zu geben.
- WA-S, 38 Jahre alt, hatte sein Herkunftsland verlassen, um eine bessere Ausbildung erhalten zu können. Die erste Zeit hielt er sich in Europa mit einem Studentenvisum auf, war dann einige Monate ohne Aufenthaltserlaubnis in Deutschland und hatte im Anschluss Asyl beantragt. Nach über eineinhalb Jahren heiratete er seine deutsche Frau.
- WA-L, 35 Jahre alt, stellte einen Asylantrag in einem anderen Land des Schengen-Raums, ist ausgewiesen worden und hielt sich dann etwa eineinhalb Jahre ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland auf. Eine Legalisierung erfolgte über die Heirat seiner Frau, die eine deutsche Staatsangehörigkeit besitzt.
- WA-B, 36 Jahre alt, kam wegen eines Familienmitglieds mit Visum nach Europa und ist dann nach Deutschland gegangen. Er hatte einen Asylantrag gestellt, der schließlich abgelehnt worden ist und lebte dann einige Monate ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland. Mit der Heirat seiner Frau erhielt er eine Aufenthaltserlaubnis. WA-B lehnte die Aufnahme des Interviews ab, mit einer Mitschrift war er einverstanden.

- SÜ-J, 32 Jahre alt, kam ebenfalls mit einem Touristenvisum nach Europa und blieb nach Ablauf des Visums in Deutschland, wo sie etwa zwei Jahre ohne Aufenthaltserlaubnis lebte.

Die fünf Interviewten hatten alle mindestens einen High-School-Abschluss. Die Interviews dauerten zwischen einer und drei Stunden. Zwei Interviews wurden bei der Autorin zuhause, zwei bei den Interviewten und eines im öffentlichen Raum durchgeführt. Den Ort zur Befragung konnten die Betroffenen wählen. In den Interviews kamen viele Aspekte der Lebenssituation in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität zur Sprache. Im Hinblick auf den Fokus der vorliegenden Arbeit stehen im Folgenden die Aussagen der Interviewten zum Zugang zur medizinischen Versorgung in dieser Zeit im Zentrum. Die Interviewten wurden zum Krankheitserleben in der Zeit des unerlaubten Aufenthalts befragt und zu Kenntnissen über Anlaufstellen, um eine medizinische Versorgung zu erhalten. Dieser Aspekt nahm für die fünf Interviewten einen unterschiedlich großen Raum in der Beantwortung ein, abhängig davon, ob sie in dieser Zeit nach eigener Einschätzung eine medizinische Versorgung benötigt hatten oder nicht. Die Transkription erfolgte wortwörtlich, zur besseren Lesbarkeit sind lediglich einige Füllwörter wie »äh« herausgenommen worden.

SÜ-J beschreibt folgende Erfahrung, als in der Zeit der aufenthaltsrechtlichen Illegalität Zahnschmerzen auftraten:

SÜ-J: »Ich hasse Zahnarzt. Ich hasse, und [lacht] ich hatte irgendwann, ne, ich hatte Karies, ne. Aber ich hatte einfach gelassen, ja. Und irgendwann, das hatte mir schon wehgetan. Eine Bekannte von mir hatte auch so eine Bekannte, ist Zahnarzt. Aber er, und keine Ahnung, in einer anderen Stadt und hatte diese Gefall für sie gemacht und andere, von anderer Stadt hierhergekommen. Nicht hier, es war noch außerhalb, hat mit einem Freund von ihm gesprochen, ob er mit meinem Zahn was machen könnte und er seine Praxis. Es war echt so, weil sie hat gesagt, sie kann nicht, sie ist illegal hier und tut sehr weh und so was und er hat das dann gemacht. Das fand ich sehr schön, hat ein Ding hier drin gemacht [zeigt auf Wange und lacht] und ich sollten Bescheid sagen, ich sollte noch mal so ihn besuchen oder so was. Aber habe ich wieder gelassen. Und irgendwann, könnte ich nicht mehr. Richtig so [zeigt eine dicke Wange mit der Hand]. Ja. Und es war auch ein [Pause].«
Interviewerin (I.): »Angeschwollen?«
SÜ-J: »Inflammation.«
I.: »Entzündung?«
SÜ-J: »Entzündung. Ja [lacht]. Dann habe ich so mit de Leute, Brasilianer, darüber gesprochen und dann hat jemand gesagt, oh, gibt's

[…][135] so eine Brasilianerin, ne eine Zahnärztin. Dann habe ich gesagt, Ok, ich ruf sie an [lacht]. Und mein Glück war, dass mein Freund mich unterstützt hat. Weil er hat das alles in seine Namen gemacht, ne?«
I.: »In seiner?«
SÜ-J: »In seine Namen. So hat privat gemacht, aber, hat so seine Daten gegeben. Dann hat sie, ja, äh, wie heißt das? Äh [Pause].«
I.: »Sie hat ihn gezogen?«
SÜ-J: »Doch.«
I.: »Sie hat den Zahn gezogen?«
SÜ-J: »Ja.«
I.: »Au«
SÜ-J: »Ja [lacht], das war auch schade, weil ja [Pause].«
I.: »Ja normalerweise kann man die ja erhalten.«
SÜ-J: »Ja.«
I.: »War das schon so weit fortgeschritten?«
SÜ-J: »Ja, ich weiß das nicht [lacht]. Ich weiß nur, ich war so total, ah, ich könnte nicht mehr, ich hab mir gedacht, ok, mach weg oder nicht, das ist egal. Hauptsache tut nicht mehr weh. Dann hat sie das gemacht und ok, mein Freund hat Rechnung bekommen und er hat auch so unterschrieben und das war mein Glück, weil ich glaube, wenn andere Person wäre, die auch illegal wäre, ne? Hätte ich gar keine Chance.«
I.: »Und wie habt ihr das dann bezahlt? Hat dein Freund das dann alles bezahlt?«
SÜ-J: »Ich habe auch gearbeitet. Ich habe auch so Putz-Jobs gemacht und so. Und so was, damals. Aber er hat mir auch geholfen.«

Für WA-L war der Zugang insoweit unproblematisch, als dass er auf die Krankenversicherungskarte seines in Deutschland lebenden Bruders zurückgreifen konnte, der über eine dauerhafte Aufenthaltserlaubnis verfügte:

»Die schwerste Dinge war, ja dies, wenn du krank bist, kannst du nicht zum Arzt, normal so. Zum Glück war ich nicht krank in der Zeit. Aber ich kenne einen Kumpel. Der war in der gleichen Lage und so. […] Du läufst ja so ohne Identität. Hier, ich konnte seine [des Bruders, Anm. der Autorin] Karte nehmen, weil wir sehen ähnlich aus.«

---

135 | Nähere Angaben zu Adressen, Namen, Institutionen wurden zur Wahrung der Anonymität entfernt.

WA-S war in der Zeit des irregulären Aufenthalts nicht so krank, dass er eine medizinische Versorgung benötigt hätte. Zu Krankheit und Gesundheit sagte er im Gespräch folgendes:

I.: »Hattest du dich in der Zeit da mal krank gefühlt? Oder dass du mal einen Arzt gebraucht hast?«
WA-S: »In dieser Zeit zum Glück nicht. Dass ich krank, dass ich meckern könnt, nee. Ja, mal so kleine Kopfschmerzen oder so, aber das kommt immer wieder.«
I.: »Und hättest du denn gewusst, wo du hättest hingehen können?«
WA-S: »Nein, also wenn ich krank wär, wenn ich [Pause].«
I.: »Krank geworden wärst?«
WA-S: »Krank geworden wäre, ja, hatte ich nicht.«
I.: »Spricht man darüber, also innerhalb deiner Community, spricht man darüber, ok, der hat jetzt vielleicht keinen Aufenthaltsstatus oder die hat jetzt keine Aufenthaltserlaubnis. Weiß man das oder weiß man das nicht so? Spricht man darüber?«
WA-S: »Ja, das reden wir offen. Dass der andere auch weiß, dass man Bescheid weiß. Dass man aufeinander aufpassen kann, you know?«
I.: »Dass man sich helfen kann?«
WA-S: »Ja.«
I.: »Spielt da Krankheitsversorgung auch eine Rolle?«
WA-S: »Was Versorgung?«
I.: »Also Versorgung mit Medizin. Dass es da Leute gibt, die keinen Aufenthaltsstatus haben und sagen, dass sie krank sind, sie brauchen jetzt einen Arzt. Gibt's das, wird darüber geredet?«
WA-S: »Ja, aber, das gibt's, das gabs. Mehrmals sogar, dass die anderen hier sein dürfen, verheiratet sind z.B., oder nicht verheiratet, die sind immer noch Asyl, die können sogar vielleicht zum Sozialamt gehen und austricksen und sagen, dass sie selber krank sind und so, dass sie diesen Schein bekommen und ja, geben das weiter zu dieser kranken Person und diese kranke Person nimmt diese Schein mit Ausweis von diese Freund und ja, geht's dann mit diese Name.«
I.: »Oder mit der Karte dann wahrscheinlich?«
WA-S: »Ja, ja.«
I.: »Wird denn auch über Hilfsorganisationen gesprochen? Also es gibt ja einige Hilfsorganisationen, die speziell für Leute ohne legalen Aufenthaltsstatus medizinische Hilfe anbieten. Wird darüber auch geredet oder ist das nicht bekannt?«
WA-S: »Nee, das ist einfach unbekannt. Das ist unbekannt. Wir waren in Dunkelheit, wir konnten nichts, jede Hilfe war für uns fremd, you know? Wir mussten nur eins sehen, wie wir überstehen konnten.«

SÜ-J schildert die Umstände, an eine »Antibabypille« zu gelangen:

I.: »Wenn du jetzt irgendwelche Medikamente gebraucht hast, was hast du dann gemacht? Also gabs diese Situation mal?«
SÜ-J: »Jemals?«
I.: »Also, als du keine Aufenthaltserlaubnis hattest?«
SÜ-J: »Ähm [Pause].«
I.: »Also hast du dann mal Medikamente gebraucht oder irgendetwas?«
SÜ-J: »Ah, ja. Das ist schwierig hier in Deutschland, weil man brauch immer Rezept, ne?«
I.: »Ja, genau. Und in Brasilien geht man wahrscheinlich in den Supermarkt oder?«
SÜ-J: »Genau. Z.B. ich hab auch, ich wollte Pille nehmen, und geht auch nicht. Dann hat eine Freundin von mir, sie hat in, in, wo hat sie gewohnt, in England? Weiß ich nicht ganz genau jetzt. Dann hat sie gesagt, sie hat auch Pille im Supermarkt oder Kiosk gekauft, ne? Dann hat sie halt Pille mir gegeben, so dass man keine Pause macht, so Cerazette oder so was ähnliches. Dann habe ich das genommen und es war überhaupt nicht gut. Und ja, dann habe ich mir gedacht, das ist schade, weil ich wollte auch einmal zum Arzt gehen. Das weiß ich jetzt wieder, kommt wieder. Dann hat, es ist der Arzt einer Freundin von mir, dann hat sie ihn gefragt, ob er mich untersuchen könnte, aber mit ihrem Namen. Dann hat er gesagt, das machen wir hier nicht, das ist in Deutschland schlimmer als wenn du jemanden tot machst [lacht]. Wir haben so, oh äh, tut mir Leid, Entschuldigung, ne? Das wollte ich nicht, ne? [lacht] Nur weil ich Pille nehmen wollte. Ich wollte gucken, was für eine Pille und eine Rezept, ne? Dann hat er so gemacht, ne, dann, ich habe jetzt diese Begriff vergessen, aber es war so, häh [abwehrende Geste].«
I.: »Ganz schlimm?«
SÜ-J: »Ja, und das ist schlimm. Wenn man gar keine, man muss zum Arzt gehen, damit man was kaufen kann.«
I.: »Und wie hast du das dann gelöst?«
SÜ-J: »Ich habe nur das Ding, Antibiotikum genutzt, davor hat meine Freundin mir Voltaren gegeben, dann habe ich ganz viel Voltaren benutzt, weil es hat nicht gewirkt, ne? Nicht so richtig. Ok, dann haben sie auch was verschrieben, aber habe ich auch außer Pille, habe ich nicht so ganz [Pause].«
I.: »Nichts gebraucht?«

SÜ-J: »Nichts gebraucht. Aber jetzt weiß ich auch wieder. Habe ich doch, habe ich Pille danach einmal genutzt, aber dann hat auch eine Freundin von mir für sich genommen, sozusagen.«

WA-B gab an, in der Zeit der aufenthaltsrechtlichen Illegalität nicht krank gewesen zu sein, »zum Glück«, wie er im Interview sagte. Befragt nach den Kenntnissen zu Angeboten des Gesundheitsamtes, sagte WA-S:

I.: »Hast du da vorher schon mal was von gehört, dass man sich da testen lassen kann, auf Tuberkulose, auf ansteckende Erkrankungen, auf HIV z.B. auch. Hast du da schon mal vorher von gehört?«
WA-S: »Nein.«
I.: »Dass man das da machen kann?«
WA-S: »Nee.«

Die anderen Interviewten kannten das Angebot ebenfalls nicht. Auch A-S, für den als Patient mit einer HIV-Infektion das Testangebot bzw. eine Beratung unmittelbar Relevanz gehabt hätte, hatte keine Kenntnisse von dieser Möglichkeit. A-S sagte im Gespräch, er könne im Regelfall seine im Herkunftsland wesentlich günstiger zu erhaltenden Medikamente selber bezahlen und über Bekannte, die hin- und herreisten, beziehen. Aktuell stehe für ihn diese Möglichkeit allerdings nicht zur Verfügung und die Medikamente seien aufgebraucht. Außerdem seien schon seit längerem keine Laboruntersuchung durchgeführt worden, so dass Viruslast etc. unbekannt seien. Im Krankenhaus, welches der Patient aufgesucht hatte, sei er abgewiesen worden. Zuerst müsse die Kostenübernahme gesichert sein.

3.4.3 Interviews II: Medizinische Versorgung von *Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität*

Es berichtet ein Facharzt für Innere Medizin über seine Erfahrungen im Kontakt zu nicht krankenversicherten Migrantinnen und Migranten, bei welchen eine HIV-Infektion vorliegt. Das insgesamt 40-minütige Interview fand im September 2011 per Telefon statt. Es wurden noch weitere Aspekte einer ausreichenden Gesundheitsversorgung angesprochen; im Folgenden wird ein Auszug zum Thema Kontakt und Behandlung wiedergegeben:

I.: »Wie hat sich das entwickelt, dass Sie Kontakt zu MigrantInnen ohne legalen Aufenthaltsstatus bekommen haben?«
Facharzt (F-Arzt): »Das hat sich dadurch entwickelt, dass Menschen ohne Aufenthaltsstatus und ohne Versicherung in meine Sprechstunde [...] gekommen sind. Und da eben auffiel, dass sie zwar eine Erkrankung

haben, sie hatten alle eine HIV-Infektion, aber dass ich sie hätte gar nicht behandeln dürfen. […]«

I.: »Und wissen Sie, wie es kam, dass die Migranten dann zu Ihnen kamen, also wie Sie den Weg gefunden haben?«

F-Arzt: »Genau, es geht ja über die HIV-Infektionen. Und es gibt ja […] gar nicht so viele Anlaufstellen und sie sind jetzt nicht speziell zu mir gekommen, zumindest nicht am Anfang, später natürlich dann ja, weil es sich rumgesprochen hat, dass ich mich da engagiere, aber am Anfang war das ja nicht bekannt und dann sind aber mal ein paar so zufällig zu mir gekommen und auch dadurch, dass ich portugiesisch kann. Dadurch sind dann auch insbesondere Menschen aus dem portugiesischen und aber auch aus dem spanischen Kulturkreis zu mir gekommen, sprich Brasilien, aber auch Venezuela, Kolumbien, Ecuador, Mittelamerika, auch Mexikaner. Die kamen dann eben zu mir, weil ich deren Sprache kann, bzw. zumindest verstehen kann. […] Und, dann muss man aber auch sagen, dann hat sich auch etwas verändert. Durch diese Auslandsgesetzgebung, die verschiedenen Reformen, auch der EU, gibt es ja doch deutlich weniger Einwanderung, oder sagen wir mal, illegale Einwanderung. Es ist wohl doch deutlich schwieriger geworden, d.h., dass Aufkommen von Menschen mit einer HIV-Infektion, die keinen Aufenthaltsstatus und keine Versicherung haben, dass es sich heute anders darstellt, als vor zehn oder 20 Jahren.«

I.: »Und was würden Sie sagen, wie sich das verändert hat, wenn Sie das von heute beschreiben würden?«

F-Arzt: »Also das Problem, dass jemand zu mir kommt, eben wie damals, war das üblich, also illegal in Deutschland, keine Krankenversicherung, eben keine Papiere, keine Krankenversicherung, das war das Übliche. Ich würde sagen, heute ist das Übliche, dass jemand sich legal in Deutschland aufhält, entweder aus Südosteuropa kommt, insbesondere Bulgarien oder Rumänien oder aus einem afrikanischen Land, Ghana, Togo, aber eben auch sich legal in Deutschland aufhält, und z.B. als Student […] und dann aber keine Krankenversicherung hat. Und d.h., dass Problem ist damit ja nochmal wieder ein anderes geworden. […] Und insofern ist meine Erfahrung heute, dass es immer darum geht, den Zugang zur Krankenversicherung zu organisieren, über einen Rechtsanwalt oder über eine andere Beratungsgruppe. Und das funktioniert auch meistens. Es ist eine Frage der Zeit. Also es funktioniert nicht von heute auf morgen und auch vielleicht nicht von heute auf in einem Vierteljahr, aber ich würde mal so sagen, innerhalb eines Jahres, habe ich die Erfahrung gemacht, ist es doch dann immer möglich. Auch gerade wenn die Person einen großen Druck hat, dass ja eine Erkrankung da ist, die Behandlung ist teuer und

ich kann dann auch erst mal improvisieren. So, man kann dann ja auch erst mal Sachen hinkriegen, wenn jetzt der Druck sehr groß ist, weil die Helferzellzahl so sehr niedrig ist und die Menschen krank sind, dann geht es natürlich auch noch schneller. Und, die Situation, dass jemand kommt und illegal hier ist, ist etwas seltener geworden. Es gibt sie immer noch, aber sie ist seltener geworden. Dann sind es meistens Menschen aus afrikanischen Ländern, die auch schon viele Jahre in Deutschland leben und teilweise auch schon viele Jahre wissen von ihrer HIV-Infektion, aber niemanden aufgesucht hatten und dann aber doch vielleicht von mir gehört haben und dann deshalb zu mir gekommen sind und sie haben auch immer Angst, natürlich, weil sie ja nicht wissen, wie ich reagiere. Als Arzt gehöre ich erst mal zu so einem Establishment dazu, zu einer offiziellen Riege, so dass sie auch vielleicht aus Erfahrungen aus ihren eigenen Ländern Angst haben, dass ich sie bei der Polizei verpfeife und sie ausgewiesen werden. Also es ist eine große Anlaufschwelle da, was ja eben auch das Problem mit darstellt. Und da habe ich dann aber auch die Erfahrung gemacht, wenn jetzt die Helferzellen niedrig sind und ein Handlungsbedarf da ist und meistens, dass man dann da ne Duldung hinbekommt. Dass sie in dieses Netz reinkommen und meine Erfahrung ist, dass auch eine Duldung nach ein paar Jahren ein Aufenthaltsstatus, eine Aufenthaltsberechtigung wird.«
I.: »Haben Sie den Fall schon mal gehabt, dass Sie eine Person hatten, die in der Illegalität war und dort auch bleiben musste, wollte, wie auch immer und die HIV-Infektion therapiert werden musste oder ist diese Variante eine Rarität bzw. kommt nicht vor?«
F-Arzt: »Es ist, also, etwas früher sicher häufiger, es kommt aber immer noch vor. Und dann würde ich auch ne HIV-Therapie erst mal so beginnen können. Also ich hab schon noch Medikamente, die ich so weggeben kann, das wäre die eine Möglichkeit, was aber ja nicht legal ist, aber wo ich das rechtfertige, dass ich in einer Notlage bin und dass die Notlage, diese Gesetzesverletzung für mich jedenfalls rechtfertigt, auch moralisch. Und die zweite Möglichkeit ist, es gibt ja so Studien für naive Patienten, die man da durchführt, wo es eben darum geht, neue Medikamente zuzulassen. Was ich auch für ethisch halte, dass man ihnen das anbietet. […] eben mit der Studie, das ist zwar irgendwo ne Notlösung, aber auch da fühle ich ein gewisses Unwohlsein, weil da eben diese Freiheit in der Entscheidung da fehlt.«
I.: »Was meinen Sie, wie lange Sie durch Medikamentenabgabe, welchen Zeitraum Sie damit überbrücken könnten?«
F-Arzt: »Dieser Fall mit der Studie, die laufen meistens zwei Jahre. Es gibt auch mal Studien, die drei oder vier Jahre laufen. Diesen

Zeitraum würde man dann damit überbrücken können. Wenn es jetzt Sachen sind, die ich so verteile, dann geht es ein halbes Jahr, vielleicht auch mal ein Jahr, im Ausnahmefall. Ich würde aber dann, wenn ich das so mache in der Situation immer parallel darauf drängen, dass ein Rechtsanwalt aufgesucht wird. Ich sage immer, das ist jetzt improvisiert, das ist ne Notsituation. Ich kann nicht garantierten, dass ich dann immer Medikamente habe und insofern muss immer parallel der Gang zum Rechtsanwalt getan werden. So dass ein Aufenthaltsstatus erwirkt wird und ich bin auch immer sehr zuversichtlich und sicher, dass das auch funktioniert. Dass ich jetzt also nicht mit diesem Drängen riskiere, dass sie abgeschoben werden, dass wäre ja für mich auch ne Katastrophe, wenn ich dazu beigetragen hätte, dass jemand abgeschoben wird. Insofern, dass in einer Situation, wo Menschen nur 50 Helferzellen haben oder vielleicht auch 100, wo eine medizinische Notsituation da ist, da habe ich jedenfalls […] noch nicht erlebt, dass jemand abgeschoben wurde.«

Eine Ärztin, in der öffentlichen Verwaltung einer Großstadt tätig, berichtete, wie eine Sprechstunde für Kinder eingerichtet wurde, in der bei Bedürftigkeit kostenlos Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen durchgeführt werden. Das Interview wurde im August 2012 durchgeführt und dauert etwa 1:30 h. Das Gespräch fand zu dritt in den Räumen der Ärztin statt und wurde schriftlich aufgezeichnet. Bei der dritten anwesenden Person handelte es sich um eine Sozialwissenschaftlerin, die sich ebenfalls zur Entstehungsgeschichte der Sprechstunde informierte. Nach den Gründen für die Einrichtung der Kindersprechstunde befragt, schilderte die Ärztin, dass im Jahr 2010 ein niedergelassener Pädiater an sie herangetreten sei mit der Idee eines kostenlosen Impfangebots für Kinder. Sie hat dies für sinnvoll und gut erachtet und diese Idee ihren Vorgesetzten vorgestellt. Die Impfsprechstunde wurde problemlos genehmigt. Grundsätzlich sei die Sprechstunde aufgrund ihrer Initiative entstanden und bestehe deshalb fort. Zur Finanzierung erläuterte sie, das »Gesundheitsamt« habe seit Jahren einen Impf-Etat. Dieser wurde vor vielen Jahren eingerichtet, um »kompensatorische« Impfungen zu zahlen. Impfen sei insgesamt sehr teuer (ca. 6 € bis 40 € pro Impfung) und würden Mittel des »Gesundheitsamtes« verbrauchen. Da dieser Etat zur Verfügung stand, sei es dann folgerichtig gewesen, dass aus diesem nun die Impfungen für die Sprechstunde bezahlt werden würden. Damit entstanden keine zusätzlichen Kosten, sondern es konnten ausschließlich Gelder verwendet werden, die bereits zugeteilt waren. Lediglich die Personalkosten bzw. eine Aufgabenumverteilung würden zusätzlich nötig sein. Zurzeit werde der Impf-Etat fast ausschließlich über die Sprechstunde verbraucht. Ende des Jahres 2012 werde geprüft, inwieweit es notwendig sein wird, den Etat zu erhöhen, denn die Patientenzahlen würden steigen. Zum

Impfen und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst schilderte die Ärztin, dass die allgemeine Impfbereitschaft in der Bevölkerung nachgelassen habe, aber gerade im Öffentlichen Gesundheitsdienst müsse der »Impfgedanke weiter gepflegt werden«. So könne über eine Impfsprechstunde für Kinder der Auftrag auch auf diese Art und Weise erfüllt werden. Auch der sozialkompensatorische Ansatz stehe im Öffentlichen Gesundheitsdienst im Vordergrund, so dass das Konzept der Sprechstunde gut hinein passe. Das hiesige Gesetz zum ÖGD beschreibe den allgemeinen Auftrag, sei aber sehr breit angelegt. Angebote »dürfen besser nichts kosten«. Auf Nachfrage zur Bedeutung des Infektionsschutzgesetzes erläuterte die Ärztin, dass es in der »Argumentation gegenüber Vorgesetzten« zur Implementierung einer solchen Sprechstunde möglich sei, sich auf das Infektionsschutzgesetz zu beziehen, jedoch sei der Rahmen des Gesetzes sehr breit. Für die Sprechstunde werde kaum Werbung gemacht, und auch im Internet ist sie nicht direkt zu finden. Die Ärztin meinte »vielleicht liegt es auch an mir, denn wenn ich es zu sehr pusche und breit streue, kann es sein, dass dann auf irgendeiner Ebene jemand dagegen ist« und dass das Angebot dann wieder eingestampft werden müsse. Aber eigentlich sei das mit der fehlenden Werbung keine grundsätzliche Entscheidung, sondern sie habe es einfach nicht weiter verfolgt. Hauptsächlich werden in der Sprechstunde Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen durchgeführt, in Ausnahmen auch die erste Notfallversorgung. Patienten werden aber dann auch an niedergelassene Kinderärzte weiterverwiesen. Die Kinder kommen meistens nur bis zum schulpflichtigen Alter, nur sehr wenige Kinder seien darunter, die bereits schulpflichtig sind. Die »klassischen Illegalisierten« habe sie »nie gehabt« oder nicht identifizieren können. Alle haben bisher eigentlich immer auch ihre Adresse angegeben. Hauptherkunftsländer seien derzeit Rumänien und Bulgarien; die Patientinnen und Patienten kommen oftmals mit mehreren Familienmitgliedern in die Sprechstunde. Im Unterschied dazu kämen die Mütter aus afrikanischen Ländern mit ihren Kindern meistens allein. Sollte ein Kind neben der üblichen Vorsorge auch Krankheitssymptome zeigen, haben die Ärztinnen und Ärzte eigentlich keine Therapieoption. Die sei im ÖGD nicht vorgesehen, so dass im Rahmen der Sprechstunde keine Behandlung möglich sei. In diesem Fall verweisen sie an Niedergelassene mit der Bitte um akute Nothilfe. Zur institutionellen Einbindung sagte die Ärztin: »Wenn wir sagen, wir haben keine Lust mehr [die Sprechstunde anzubieten; Anm. der Autorin], würde es keinen stören«.

Mit einer Sozialarbeiterin (Soz-W) eines Gesundheitsamtes mit einer »Humanitären Sprechstunde« wurde im August 2011 ein etwa 30-minütiges Gespräch geführt. Im Mittelpunkt des Gesprächs standen die Erfahrung von Soz-W mit der Sprechstunde und die Grenzen der medizinischen Versorgung:

I.: »Gibt es eine Dokumentation?«
Sozialarbeiterin (Soz-W): »Ja, wir dokumentieren. Aber nicht viel. Wir fragen nicht viel nach. Und wenn einer ohne Papiere ist, dann kann er von überall kommen. Das schauen wir nicht. Die gehen durch die Clearing-Stelle und alle die hier sind, da geht's nur um Behandlung. Wir fragen nicht mehr nach. Viele wohnen ja nirgendwo. Die schlafen draußen, im Park. Ja, Schwangere hatten wir, die im Park draußen schlafen.«
I.: »Gibt es für die Schwangeren mit der Duldungsregelung während des Mutterschutzes andere Möglichkeiten?«
Soz-W: »Ja, die stellen sich das einfach vor. Es gibt aber kein Gesetz, deswegen hast du eine da geht das, die hat dann eine Duldung. Aber bei einer anderen wird's wieder ganz anders. Wir hatten schon eine, die war zwei Wochen vor Entbindung, die mussten wir wieder rausholen. Die sollte abgeschoben werden. Ärzte haben bescheinigt, aus einem Krankenhaus, bei dem wir eigentlich sicher waren, mit dem wir immer gut zusammengearbeitet hatten, die haben bescheinigt, dass sie keine Risikoschwangerschaft hat und mit einem Arzt fliegen kann. Mit Staatsanwalt und Anwalt haben wir sie dann eine Stunde vor Flug rausgeholt. [Unterbrechung] Das ist nicht so einfach. Weil das kein Gesetz gibt. So ist das Willkür, die Entscheidung hängt vom Amt, von den einzelnen Leuten ab. Da kann man sich nicht drauf ausruhen. Das ist ein großes Problem.«
I.: »Wie gestaltet sich die Beratung zum HIV-Test?«
Soz-W: »Natürlich beraten wir zum HIV-Test. Aber die Leute sind schnell weg. Viele tauchen nicht mehr auf, die sind dann weg. Die wollen das nicht wissen. Das ist sehr tabu-besetzt. Das soll auch die Familie, die Verwandten sollen das nicht wissen. Das ist so: du erzählst ihnen HIV und es ist so, als hätten sie es nicht gehört. Sie reden so weiter, machen, als wäre es nicht gewesen. Und dann kommen sie nicht wieder, kehren in ihr Land zurück und versuchen dort eine Therapie oder tauchen unter, kommen aber nicht wieder her. […] Wenn sie sich dann wieder verlieben und das nicht sagen, ist das ja auch sehr gefährlich.«
I.: »Welche Möglichkeiten zur Therapie gibt es?«
Soz-W: »Wir haben da Möglichkeiten. Wir arbeiten mit der Uni-Klinik zusammen. Die haben eine Spezialabteilung, die sich um die Leute kümmert. Die hatten schon Patienten von uns. […] Das ist nur vereinzelt. Das sind Einzelfälle.«
I.: »Wer trägt dann die Finanzierung?«

Soz-W: »Das macht dann die Uni-Klinik. Die machen das schon. Es ist natürlich sehr teuer, die HIV-Therapie kostet viel Geld.«
I.: »Welche Verbesserungen zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus würden Ihnen noch einfallen, schlagen Sie vor?«
Soz-W: »Verbesserungen? Wir sind hier schon verbessert, verstehst du? Das ist hier schon ganz gut verbessert. Es gibt ja in einigen Städten so medizinische Hilfe für Flüchtlinge oder so wie hier. Aber das ist immer sehr medizinisch. Es ist ein klassisches Verständnis von Medizin. Man hat die Krankheit und die muss medizinisch geheilt werden. Aber wir sehen hier immer mehr psychische Probleme. Dass die Leute psychische Probleme haben und Hilfe brauchen. Das passiert aber nicht, da gibt es keine Hilfe. Damit stehen die Leute allein da. Es wird dann etwas therapiert und wieder etwas anderes. Aber die Leute haben vielleicht ganz andere Probleme. Wie sie arbeiten, der Druck oder wie sie wohnen. Das müsste ganzheitlicher sein. Wir müssen das ganzheitlich machen, sonst gibt's dafür eine Pille und dann gewöhnt man sich dran und kommt wieder, aber eigentlich liegt das Problem ganz woanders. Oder jetzt mit den Kindern. Ja sie können jetzt zur Schule gehen. Wie kann ein Kind zur Schule gehen, wenn es immerzu Angst hat, dass die Polizei kommt. Das ist für die ganze Familie, nur weil das Kind zur Schule geht. Wer schickt da sein Kind zur Schule? Auch wenn jetzt die Schulleiter diese Kinder nicht mehr melden müssen, aber es kann jederzeit passieren. Wenn das Kind aus der Schule kommt. Und viele Leute wohnen gar nicht so lange an einem Ort. Dann ist die Schule da, in dem Ortsteil, aber die Familie muss vielleicht wieder umziehen. Die hängen ja oft von Leuten ab. Sie werden vielleicht heute hier rausgeschmissen und müssen dann in eine andere Stadt. […] Wer bringt da seine Kinder zur Schule? Das muss auch geregelt sein. Nur der Schulbesuch allein reicht nicht, da bringt doch keiner sein Kind zur Schule. [Unterbrechung] So sind das immer viele Probleme. Aber das macht keiner.«
I.: »Das ist auch schwieriger, als eine einfache klassische medizinische Untersuchung und Behandlung.«
Soz-W: »Ja, genau. Es ist viel schwieriger und deswegen macht es keiner. Aber ohne geht es nicht. Wir müssen das ganzheitlich machen.«

3.5 Schlussfolgerungen

Die Dokumentationen der Hilfsorganisationen verdeutlichen das tatsächliche Anwachsen der Nachfrage bei einem Angebot niedrigschwelliger medizinischer Versorgung. Der Bedarf ist also vorhanden und zeigt sich in allen hier untersuchten Einrichtungen. Das betrifft nicht nur Erwachsene, sondern auch Kinder, Jugendliche und Schwangere, die besonderer Unterstützung bedürfen. Die Daten der Hilfsorganisationen demonstrieren zudem, dass neben Migrantinnen und Migranten ohne Papiere weitere nicht krankenversicherte Menschen auf eine Unterstützung angewiesen sind. Ein niedrigschwelliger Zugang zu einer medizinischen Betreuung ist offensichtlich notwendig. In allen Einrichtungen gibt es einen erheblichen Anteil an Schwangerschaften unter den Konsultationsgründen. Insbesondere bei der MMM-Hannover wird die immense Bedeutung unter den Behandlungsanlässen deutlich. In weiteren Quellen wird ebenfalls ein relativ hoher Anteil an Schwangeren unter den Behandelten beschrieben: Aus einer explorativen Befragung der Medibüros im Jahr 2009 geht hervor, dass Schwangerschaft auch bei diesen Einrichtungen einen sehr häufigen Beratungsanlass darstellt.[136] So bilden beispielsweise Frauen mit rund 70 % die deutliche Mehrheit unter den Behandelten des Bremer Medibüros. Insgesamt gut ein Drittel aller Vermittlungen erfolgte aufgrund einer Schwangerschaft. Auch in der bereits genannten Bremer Studie zur Situation bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten stellten die Fachrichtungen Innere Medizin und Frauenheilkunde die Mehrheit unter den aufgesuchten Arztpraxen dar.[137] Neben einer regulären medizinischen Betreuung für Erkrankte muss also insbesondere die Situation der Schwangeren in den Blickpunkt genommen werden. Vermutlich ist der Beratungsdruck bei Schwangeren höher als bei Erkrankten, so dass in diesem Fall eher Ängste überwunden werden, um eine medizinische Anbindung zu erhalten. Bei Schwangeren entfallen eher alternative Versorgungskonzepte. Möglicherweise kommen also die Hilfsorganisationen auch regelmäßig *nicht* mit erkrankten Menschen ohne Papiere in Berührung. Die Auswertung der Daten offenbaren zudem die breite Varianz der Behandlungsanlässe, der Geschlechterstruktur und vor allem der Herkunftsländer zwischen den Hilfsorganisationen. Die singuläre Darstellung der Daten einer Organisation soll-

136 | Im Oktober 2009 wurden 24 Medibüros und MMM mittels eines standardisierten Fragebogens zu Sprechzeiten, Zahl der Behandelten, zu Herkunftsländern, Geschlecht und Alter der Patientinnen und Patienten befragt. 14 Organisationen sendeten den Fragebogen ausgefüllt zurück, davon zehn Medibüros. Die Befragung wurde von Wiebke Bornschlegl und der Autorin, Mitarbeiterinnen des Instituts für Geschichte und Ethik in der Medizin, FAU-Erlangen-Nürnberg, durchgeführt. Siehe auch Bornschlegl (2011) und Mylius (2011).

137 | Vgl. Wiesner et al. (2008), S. 12.

ten daher nicht die Basis verallgemeinernde Aussagen zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten in Deutschland bilden. Nichtsdestotrotz lassen sich einige Schlüsse aus den Gemeinsamkeiten in den Angaben aus so unterschiedlichen Städten ziehen. Neben dem hohen Anteil an Schwangeren findet sich eine Verschiebung im relativen Anteil der Herkunftsländer unter den Patientinnen und Patienten. Bürgerinnen und Bürger aus den osteuropäischen EU-Beitrittsstaaten von 2007 suchen vermehrt Einrichtungen außerhalb der medizinischen Regelversorgung auf. Die Problemstellung im Zusammenhang mit Sozialversicherungen und Krankenversorgung unterscheidet sich deutlich zwischen Personen mit einer Unionsbürgerschaft und Menschen, die sich ohne Papiere in Deutschland befinden.[138] Die Zunahme der Behandelten, die aus EU-Ländern stammen, zeigt die Notwendigkeit, durch europäische Rechtsprechung Klarheit in die Frage der Sozialleistung für Unionsbürgerinnen und -bürger zu bringen.[139] Die restriktive deutsche Haltung im Hinblick auf die Arbeitnehmerfreizügigkeit in der EU für nun noch Bürgerinnen und Bürger aus Kroatien verschärft zusätzlich das Problem des unzureichenden Zugangs zu einer medizinischen Versorgung. Das Erfordernis einer gerichtlichen und politischen Entscheidung wird von vielen NGOs verstärkt artikuliert. Vielleicht ist dies auch ein Grund für die Differenz in der Wahrnehmung der MMM-Hannover und der Auswertung der Autorin bezüglich des Anteils Papierloser. Nach wie vor nehmen bei den genannten Organisationen Menschen mit deutscher Staatsangehörigkeit das niederschwellige Angebot ebenfalls in Anspruch. Der Anteil der 20- bis 40-Jährigen ist innerhalb der Behandelten relativ hoch. Insbesondere in den detaillierteren Daten der MMM-Hannover zeigt es sich deutlich, hier auch bedingt durch den hohen Anteil an Schwangeren. Bei der MMM-Köln könnte der Hintergrund der relativ hohe Anteil der Kinder unter den Patientinnen und Patienten sein. Möglicherweise nutzen die Eltern gleichzeitig mit ihrem Kind die medizinische Versorgung. Und vermutlich ist es ebenfalls Ausdruck der demografischen Komponente von Migration, dass vorwiegend die jungen Erwachsenen bereit und physisch fähig sind, die Migration auf sich zu nehmen. In einigen Einrichtungen ist der Anteil an Kindern unter den Behandelten hoch. Es sind die Organisationen, die zusätzlich eine pädiatrische Sprechstunde anbieten. Es gibt keinen Anhalt dafür, dass in den übrigen Städten ein geringerer Bedarf bzw. im Verhältnis weniger Kinder leben könnten. Zumindest die empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen für Kinder sollten einen gewissen Anteil dieser Gruppe unter den Patientinnen und Patienten erwarten lassen. Auffallend sind die niedrigen Zahlen junger Menschen bei der MMM-Hannover. Die Daten beziehen sich auf einen Zeitraum vor der Einrichtung einer

138 | Siehe hierzu die Ausführungen zur Gesetzeslage in Kapitel 2.4.

139 | Näheres hierzu siehe Frings (2010).

Sprechstunde im Fachbereich Jugend der Region Hannover, der die Vorsorgeuntersuchungen für Kinder seit 2011 kostenlos anbietet. Dieses Angebot der Region wird in steigendem Umfang wahrgenommen. Sicherlich entstand der Bedarf nicht erst ab 2011; warum nicht krankenversicherte Zugewanderte ihre Kinder nicht bereits bei der MMM vorgestellt und ob diese Kinder andere Zugangswege zu einer medizinischen Versorgung hatten, kann nicht beantwortet werden. Allerdings kann man aufgrund der seit 2011 zunehmenden Inanspruchnahme davon ausgehen, dass der Bedarf vorhanden ist. Die oberen Landesgesundheitsbehörden sollten daher verstärkt vom IfSG »Gebrauch machen«, um ein kostenloses und niederschwelliges Angebot im Bereich der Vorsorge zu schaffen. Die Ausbildung der Hilfsstrukturen für Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung bringt in den Städten, wo sie zur Verfügung stehen, Erleichterung und Lösungsoptionen. Geburtsurkunden für Neugeborene können erhalten, mitunter können Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen und bei Beschwerden eine fachärztliche Versorgung ermöglicht werden. Die karitativen Einrichtungen bieten Hilfe in dem Maße an, wie sie es für richtig halten oder ermöglichen können. Das bedeutet auch: Wenn Maßnahmen nicht erbracht werden wollen, dann können sie verwehrt bleiben. Ärztliche Versorgung beruht also auf dem Wohlwollen der Beteiligten. Zudem wird bei dem Konzept der humanitären Hilfe schnell übersehen, dass es sich für einen Teil der Menschen ohne Papiere nicht um einen zeitlich eng begrenzten Lebensabschnitt handelt, sondern dass der irreguläre Aufenthalt über Jahre fortdauern kann.[140] Ob eine Person medizinisch betreut wird oder nicht, bleibt unter den gegebenen gesetzlichen Bedingungen für die Betroffenen uneinklagbar wie es eigentlich ein »Recht auf Gesundheit« implizieren würde. Und es bleibt abhängig vom Willen und den Handlungsspielräumen der Mitarbeitenden von Versorgungsstrukturen außerhalb des regulären Gesundheitssystems. Susann Huschke schildert aus Berliner Gesundheitsdiensten Folgendes:

»Im ersten KJGD [Kinder- und Jugendgesundheitsdienst; Anmerkung der Autorin], den ich kontaktierte, erhielt ich telefonisch von einer Mitarbeiterin folgende Auskunft: Nicht-Versicherte Kinder könnten nur bis zum Alter von 4 Monaten (also U2-U4) untersucht werden. Die bei diesen Untersuchungen anstehenden Impfungen würden allerdings nur

140 | Die Daten der MMM-Hannover von Juli 2007 bis Juni 2010 zeigen eine hohe Zahl von wiederkehrenden Patientinnen und Patienten, die sich nach wie vor in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität befinden. Auch das Bundesverfassungsgericht stellt in seiner Pressemitteilung zum Urteil zu den Regelleistungen nach AsylbLG fest: »[…] sie halten sich überwiegend bereits länger als sechs Jahre in Deutschland auf.« Es bezieht sich auf alle Menschen, die Anspruch auf Leistungen nach dem AsylbLG haben. Siehe im Internet: www.bundesverfassungsgericht.de/pressemitteilungen/bvg12-056.html [25.01.2016].

durchgeführt, wenn der Impfstoff von den Eltern bezahlt wird. [...] Weiterhin teilte mir die Mitarbeiterin mit, dass Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen »bei Osteuropäern gar nicht gemacht« werden. In einem anderen KJGD erfuhr ich telefonisch, dass Impfungen zwar umsonst seien, aber nur, wenn die Mutter eine Meldebescheinigung vorlegen kann, aus der hervor geht, dass sie in diesem Bezirk gemeldet sei. Auf meine Nachfrage, ob für MigrantInnen ohne Aufenthaltsstatus, die solch eine Bescheinigung nicht vorlegen können und die als Adresse dann nur die des Medibüros in Kreuzberg angeben würden, eine Ausnahme gemacht werden könne, hielt die Mitarbeiterin Rücksprache mit dem Leiter des KJGD. Dieser entschied sich dagegen, Kinder von undokumentierten MigrantInnen auch ohne Meldebescheinigung zu impfen.«[141]

Die verschiedenen Akteure im Gesundheitssystem haben Handlungsspielräume, die sie unterschiedlich nutzen. Aus folgender Fallschilderung, beschrieben im Rahmen der Befragung der Gesundheitsämter, wird der Handlungsspielraum ebenfalls deutlich:[142]

»In der [...] Sprechstunde beschließen wir aber, ihm [einen unversicherten Patienten nach einem Schlaganfall; Anmerkung der Autorin] wenigstens krankengymnastische Übungen zu finanzieren, außerdem vermitteln wir einen kooperierenden Hausarzt. Er kann mittlerweile wieder besser gehen.«

Interviewpartner A-S berichtete, dass er sich bereits seit einigen Jahren regelmäßig von einem Freund die im Herkunftsland wesentlich günstiger zu erhaltenden Medikamente mitbringen lässt und damit seine HIV-Infektion behandelt. In dieser Zeit hat er allerdings weder ärztliche Beratung noch Laborkontrollen erhalten und durch unregelmäßige Reiseabstände seiner Freunde Zwischenzeiten in Kauf genommen, in denen er keine Tabletten einnehmen konnte. Eine Unterbrechung der Medikamenteneinnahme kann insbesondere bei der HIV-Infektion schwerwiegende Konsequenzen haben aufgrund möglicher Resistenzentwicklung und der eingeschränkten Auswahl an Medikamentenklassen.[143] Selbstmedikation im Sinne einer Medikamenteneinnahme ohne professionelle Beratung kann sehr problematisch bis (lebens-)gefährlich sein. Es fehlt an Aufklärung über Nebenwirkungen und über Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten. Das Indikationsspektrum und vor allem die Kontraindikationen können auf diese Weise unbekannt bleiben. Abgesehen von der Beratung zur richtigen Einnahme kann die Selbstmedikation zudem zur Behandlung von Symptomen führen, die einer

141 | Huschke (2013), S. 217-218.

142 | Näheres hierzu sowie weitere Beispiele siehe Kapitel 5.2.10.

143 | Siehe Kapitel 4.2.3. und 4.3.3. zum Problem der Resistenzbildungen bei Tuberkulose und HIV/AIDS.

ärztlichen Abklärung bedürfen. Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung sind besonders gefährdet, eine Medikamenteneinnahme ohne professionelle Begleitung über längere Zeiträume fortzuführen. M'bayo von der Beratungsstelle »Afrikaherz« in Berlin[144] schildert außerdem ein Problem im Zusammenhang mit der »kulturellen Identität« ihrer Klientinnen und Klienten:

»Meine KlientInnen wenden traditionelle Medizin, soweit es ihnen möglich ist, auch in Deutschland an, bevor sie einen Arzt aufsuchen. Auch führt Unwissen und Leichtgläubigkeit dazu, zu glauben, dass schwere Krankheiten wie HIV/AIDS mit traditionellen Mitteln heilbar seien.«[145]

Dies steht nicht in einem spezifischen Zusammenhang mit dem Aufenthaltsstatus. Daher soll hier nicht weiter darauf eingegangen werden. Es ist in diesem Kontext nur insoweit von Bedeutung, dass neben der Selbstmedikation auch vermehrt auf traditionelle Heilungsmethoden zurückgegriffen werden könnte, wenn ein Zugang zum regulären Versorgungssystem nicht möglich ist. Es kann die Gefahr schwerwiegender Krankheitsverläufe mit sich bringen, die durch den Zugang zu Informationen und zu regulären Leistungen der Krankenkassen vermeidbar gewesen wären. Die individuellen und finanziellen Vorteile der rechtzeitigen bzw. frühzeitigen Diagnostik betreffen viele Erkrankungen wie etwa Diabetes mellitus Typ II, koronare Herzerkrankung, arterieller Hypertonus, Brustkrebs oder Prostatakarzinom, um nur einige häufige Erkrankungen zu erwähnen. Krebserkrankungen können bei verspäteter Diagnose zu einer erhöhten Morbidität und Mortalität führen. Chronische Erkrankungen wie Diabetes mellitus Typ II oder essentieller Bluthochdruck, die unbehandelt bleiben, führen häufig zu schwerwiegenden Folgeschäden an anderen Organen wie z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall, periphere Störungen der nervalen Versorgung, Nierenschädigungen usw. Alle Einrichtungen geben an, dass Erkrankte häufig erst sehr spät das ärztliche Angebot in Anspruch nehmen.[146] Welche Folgen dies insbesondere bei den Infektionskrankheiten HIV/AIDS und Tuberkulose haben kann, wird

144 | »Afrikaherz« ist ein Projekt des Verbandes für interkulturelle Arbeit Berlin/Brandenburg e.V., das afrikanischen Migrantinnen und Migranten umfassende Beratung zu rechtlichen, sozialen und gesundheitlichen Fragestellungen anbietet. Im Internet: www.via-in-berlin.de/projekte/projekt-afrikaherz/ [16.07.2015].

145 | Mbayo (2009b), S. 23.

146 | Vgl. Ärzte der Welt e.V. (2011), S. 12, Malteser Hilfsdienst e.V. München (2011), S. 10, Malteser Hilfsdienst e.V. Köln (2011), S. 4. MMM-Köln gibt zwar an, dass der überwiegende Teil der Patientinnen und Patienten mit leichten Beschwerden die Sprechstunde aufsucht. Allerdings hätten die Erkrankten, die notwendigerweise stationär auf-

in den Kapiteln 4.2 und 4.3 näher dargestellt. Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass das karitative Konzept von der Anbieterseite elektiv ist im Sinne eines »*goodwill*«, deutlich eingeschränkt im Umfang gesundheitlicher Leistungen und durch die ehrenamtliche Tätigkeit einem paternalistischem Verhältnis zum Kranken Vorschub leistet. Die Ethnologin Susann Huschke hat es in ihrer Dissertation prägnant zusammengefasst: »Mitleid statt Menschenrecht«.[147]

genommen werden müssen, z.T. weit fortgeschrittene Tumoren. Außerdem vgl. Malteser Hilfsdienst e.V. Berlin (2011), S. 3.

147 | Huschke (2013), S. 206.

4. Der Öffentliche Gesundheitsdienst und die spezifischen Infektionskrankheiten Tuberkulose und HIV/AIDS

»Der öffentliche Gesundheitsdienst richtet seine Angebote zur Gesundheitshilfe unter sozialkompensatorischen Kriterien speziell an Menschen, die aus gesundheitlichen, sozialen, sprachlichen, kulturellen oder finanziellen Gründen keinen ausreichenden oder rechtzeitigen Zugang zu den Hilfesystemen finden oder deren komplexer Hilfebedarf besondere Koordinierung und Betreuung erforderlich macht.«
Gesundheitsdienstgesetz, Berlin[1]

4.1 Aufbau und Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

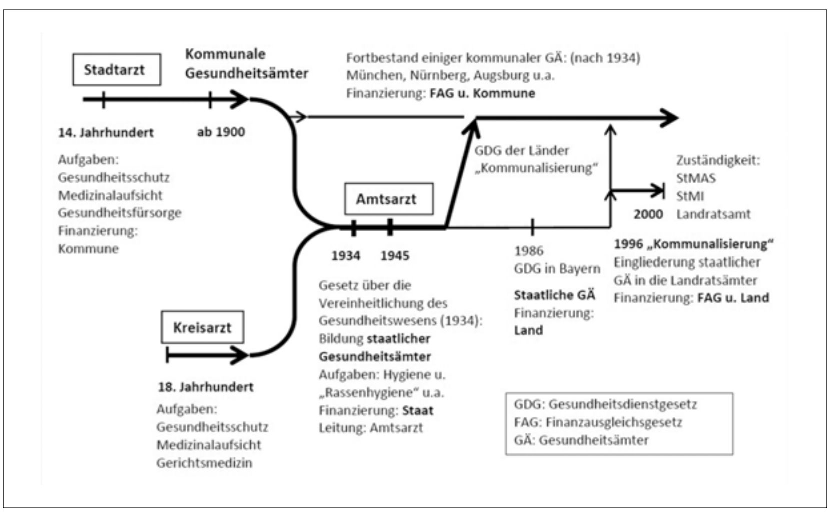
Das Öffentliche Gesundheitswesen ist in Deutschland nach dem Subsidiaritätsprinzip strukturiert, das bedeutet, dass staatliche Aufgaben soweit wie möglich von der untersten Einheit geregelt und erst, wenn die Aufgaben nicht wahrgenommen werden können, an die höhere Ebene weitergegeben werden. Auf vielen Feldern des Gesundheitswesens ist die Gesetzgebung zwischen Bund und Ländern konkurrierend gestaltet, solange also der Bund kein Gesetz erlässt, können die Länder legislative Gestaltungsmöglichkeiten nutzen, wie es z.B. in Form der verschiedenen Landesgesetze geschehen ist.[2] Die Bezeichnung »Öffentlicher Gesundheitsdienst« (ÖGD) bildete sich für die Wahrnehmung staatlicher Aufgaben im Gesundheitsbereich heraus. Der ÖGD ist Teil des Gesundheitswesens und durch das föderale System der Bundesrepublik Deutschland sind die Bundes-, Landes- und kommunale Ebene an der Gestaltung des ÖGD beteiligt. Auf der kommunalen Ebene sind es insbesondere die Gesundheitsämter, die die Aufgabe des Gesundheitsschutzes und der -förderung wahrnehmen sollen. Die Abgrenzung des Aufgabenbereiches des ÖGD

1 | § 8 Abs. 1 Gesundheitsdienstgesetz (GDG) Berlin.

2 | Vgl. Schwarte (2009), S. 223.

gegenüber der ambulanten und stationären Versorgung wird mit dem weitgehenden Behandlungsprimat der ersten beiden »Säulen« des Gesundheitswesens deutlich. Ambulante und stationäre Versorgung werden über das Krankenversicherungssystem finanziert und stehen damit schon strukturell auf einer anderen Ressourcenbasis. Zudem wurden in den 1980er und 90er Jahren die bis dahin im Gesundheitsamt durchgeführten Untersuchungen und Interventionen (z.B. Impfungen) in den Bereich der ambulanten Versorgung übergeführt und Teil des Leistungskatalogs der Krankenkassen. Die Gesundheitsämter sind einem Ministerium als oberste Gesundheitsbehörde zugeordnet. Diese Zuordnung wird in den Bundesländern unterschiedlich geregelt; so ist beispielsweise in Niedersachsen das Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration zuständig, in Bayern das Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit. Die Dienst- und Fachaufsicht der Gesundheitsämter als kommunale Gebietskörperschaften im Gesundheitswesen ist ebenfalls unterschiedlich geregelt. In Bayern unterliegen die Gesundheitsämter z.B. sowohl der Fach- als auch der Dienstaufsicht des Landes, während in den meisten anderen Bundesländern allein die Fachaufsicht vom Land ausgeübt wird. Nach den Verwaltungsreformen in den 1990er bzw. in den 2000er Jahren sind die Gesundheitsämter nun bundesweit in die Verwaltungsstruktur der jeweiligen kreisfreien Städte und Landkreise eingegliedert (s. Abb. 11).

Abbildung 11: Entwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes

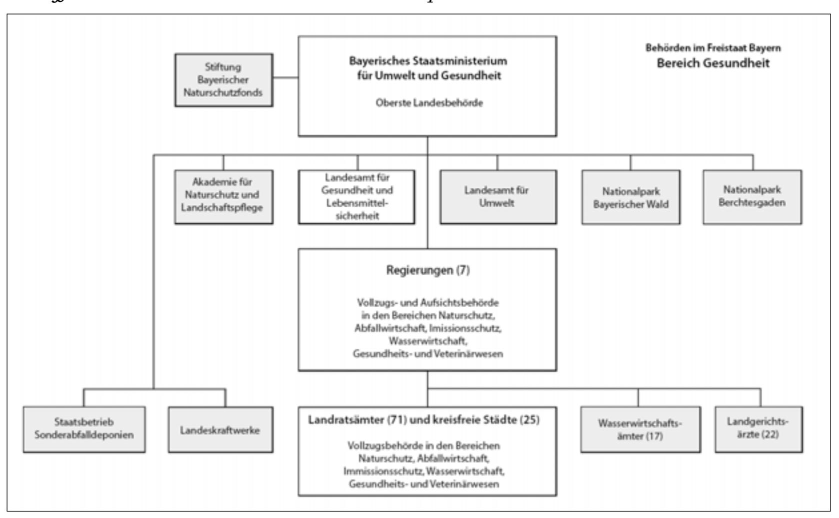


Quelle: Darstellung nach Gostomzyk (2012), S. 841.

Die Anliegen der Kreise werden in den 13 Flächenländern von den jeweiligen Landkreistagen wahrgenommen, die wiederum zum Deutschen Landkreistag zusammengeschlossen sind, um die kommunalen Belange auf Bundes-

ebene zu vertreten. Die kreisfreien Städte und die meisten kreisangehörigen Städte haben im Deutschen Städtetag ihre Interessenvertretung. Diese Ebenen entscheiden dann z.B. auch über die Teilnahme der jeweiligen Verwaltungsstruktur an Erhebungen etc. Nichtsdestotrotz obliegt es jedem einzelnen Amt Auskunft zu geben. In der Praxis orientieren sich die Ämter allerdings an den Entscheidungen der Interessenvertretungen, wie es sich nicht nur im Rahmen der quantitativen Studie dieser Arbeit gezeigt hat (s. Kapitel 5.1.3). Entsprechend der heterogenen Verwaltungsgliederung finden sich divergierende Fachbereichsaufteilungen in den Fachdiensten für Gesundheit bzw. den Gesundheitsämtern. Abb. 12 zeigt die Verwaltungsstruktur am Beispiel Bayern, Abb. 13 stellt die Organisationsstruktur des Gesundheitsamtes Oberbergischer Kreis dar.

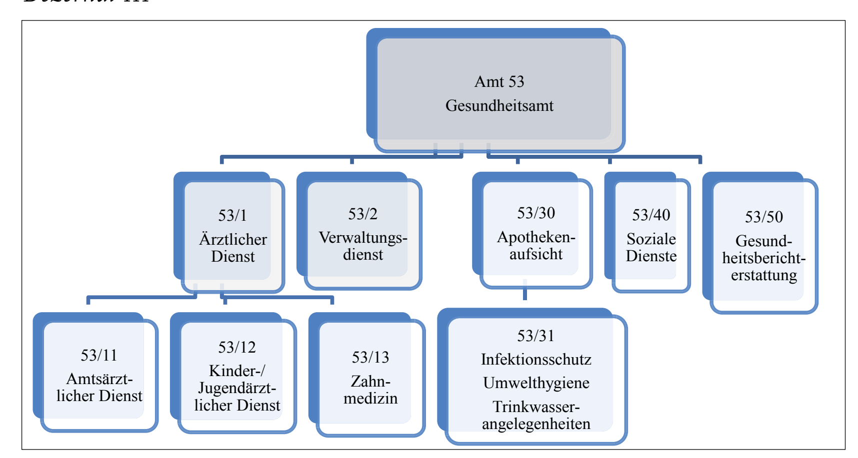
Abbildung 12: Position des Sachgebietes Gesundheit innerhalb des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Bayern



Quelle: Regierung von Oberfranken[3]

3 | Siehe im Internet: https://www.regierung.oberfranken.bayern.de/gesundheit_verbraucherschutz/gesundheit/ [28.01.2016].

Abbildung 13: Organigramm des Gesundheitsamtes Oberbergischer Kreis (NRW), Dezernat III



Quelle: Oberbergischer Kreis[4]

Die Leitung des Amtes wird in der Regel durch die Amtsärztin bzw. den Amtsarzt ausgeführt.[5] Die personelle und materielle Ausstattungen sowie die Zusammensetzung der Professionen an den Gesundheitsämtern sind sehr heterogen. Dadurch sind die Möglichkeiten, den vielfältigen Aufgaben nach IfSG gerecht zu werden, sehr unterschiedlich. Dieser Unterschied wird insbesondere zwischen größeren Städten und den ländlichen Regionen deutlich:

»Der bundesweite Durchschnitt lag (am Stichtag 31.12.1991) bei 31 Mitarbeitern, die Schwankungsbreite zwischen 111 Mitarbeitern im Berliner ÖGD und lediglich 15 in Baden-Württemberg. Zweifelslos lagen dieser erstaunlichen Differenz unterschiedliche Handlungslogiken und Geschäftsverteilungspläne zugrunde. Während in Berlin mit starkem bezirklichem Engagement im Sinne großstädtischer Gesundheitsfürsorge beispielsweise eine nachgehende Säuglingsfürsorge stattfand, waren Baden-Württembergs Gesundheitsämter bereits auf dem Weg, sich weitgehend aus der bezirklichen Betreuung von Bedürftigen zu verabschieden.«[6]

4 | Siehe im Internet: www.obk.de/imperia/md/content/cms200/vordrucke/organisationsplaene/53_19042011.pdf [01.11.2013].

5 | Vgl. Nagel (2007), S. 40-42.

6 | Steen (2005), S. 31.

Die Befragung der Gesundheitsämter 2002 durch das RKI erbringt ein ähnliches Ergebnis.[7] Hier liegt der Durchschnitt bei 44 mit einer Schwankungsbreite zwischen acht und 340 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Die Stadtstaaten haben auch zehn Jahre später einen besseren Personalschlüssel. Die Folgen für ein kleines Gesundheitsamt veranschaulicht der Referatsleiter Gesundheitsförderung des Gesundheitsamtes Rhein-Neckar-Kreis, Rainer Steen, mit folgender Skizze:

»Die einzige Sozialarbeiterin bietet folglich § 219-Beratung an [StGB, Schwangerenberatung in einer Not- und Konfliktlage; Anm. der Autorin], übernimmt Tuberkulosenfürsorge und die Beratung psychisch Kranker, kümmert sich um Frühförderung und behinderte Erwachsene, besucht auf Wunsch des Amtsarztes eine Familie wegen einer Unterbringung, organisiert einen Info-Stand zum Welt-AIDS-Tag, besorgt einer Lehrerin Material zum gesunden Schulfrühstück und initiiert noch einen Arbeitskreis zum Thema Ess-Störungen. Bei diesem Patchwork-Dienst bekommt sie überdies nur wenig Entlastung vor Ort, denn auch die Zahl der Kooperationspartner ist übersichtlicher als in städtischen Regionen.«[8]

Der Aufgabenbereich der Gesundheitsämter ist also breit gefächert. Neben der bereits genannten Gesundheitsförderung als bevölkerungsmedizinische Maßnahme und die Berücksichtigung vulnerabler Gruppen in der Präventionsarbeit gehören viele weitere Bereiche zum Aufgabenspektrum: Der Gesundheitsschutz und gezieltes Krisenmanagement, das Gutachtenwesen, sozialmedizinische Hilfestellungen bzw. Gesundheitshilfe, Qualitätssicherung und die Gesundheitsberichterstattung. Diese Felder finden »sich im Bundesvergleich« als Regelaufgaben. Allerdings gibt es »das Gesundheitsamt« nicht, »nicht einmal innerhalb eines Bundeslandes oder Regierungsbezirkes« wie Steen betont.[9] Inzwischen sind die Gesundheitsämter weitgehend kommunalisiert und so

»folgt der Aufgabenzuschnitt und damit auch das Profil des ÖGD vor Ort politisch und fachlich völlig unterschiedlich gewichteten Leitlinien, die gewissermaßen das Spektrum aktuell vertretener Positionen im Gesundheitswesen abbilden und deshalb eine allgemeine Charakterisierung geradezu verbieten. [...] Wo bundes- und EU-rechtliche Zuständigkeiten greifen, etwa im Gesundheits- und Infektionsschutz, finden sich noch am ehesten inhaltliche Klammern für einen relativ deckungsgleichen Handlungsauftrag des bundesdeutschen ÖGD.«[10]

7 | Vgl. Robert Koch-Institut (o.J.), S. 29.

8 | Steen (2005), S. 32.

9 | Ebd., S. 25.

10 | Ebd., S. 24.

Steen beschreibt die Vielgestaltigkeit auch als Chance der Gesundheitsämter, kommunale Schwerpunkte umzusetzen und zu gestalten. Die Bundesärztekammer skizziert die Aufgaben des ÖGD wie folgt:

»Neben der ambulanten und stationären Versorgung kommt somit dem öffentlichen Gesundheitsdienst als »dritter Säule« des Gesundheitswesens mit seinen vorrangigen Aufgaben im Bereich der Bevölkerungsmedizin, der Prävention und der Gesundheitsförderung ein besonderer Stellenwert zu. Die »subsidiären« bzw. »komplementären« Leistungsangebote der Gesundheitsämter – insbesondere in ihren sozialkompensatorischen Funktionen – ergänzen den ambulanten und stationären Bereich zu einem in allen Zweigen zusammenwirkenden Gesundheitswesen.«[11]

Klaus Hehl, ehemals Mitarbeiter des Referats Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München, hat bereits im Jahr 2000 nicht nur die Herausforderungen durch die veränderte Sozialstruktur für das Gesundheitsamt beschrieben, sondern auch die Aufgabe und Pflicht zum Handeln aller Beteiligten herausgestellt: »Das Leben in unserer pluralen Gesellschaft muss von allen gemeinsam gestaltet werden. Die *interkulturelle Öffnung* ist eine Herausforderung an die verschiedensten Institutionen unserer Gesellschaft, so auch des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD).«[12] Die Gesundheitsämter dürften also die veränderten Rahmenbedingungen nicht passiv erleben, sondern seien gefordert, adäquate Strukturen zu schaffen. Beispielhaft nennt Hehl die Thematisierung von besonderen Bedürfnissen Zugewanderter sowie Schwierigkeiten im Umgang im Bereich des Dienstleistungsangebots in Mitarbeiter- und Dienstbesprechungen. Außerdem werden Konzeptentwicklungen und Fortbildungen zu unterschiedlichen Krankheitsvorstellungen und die Beteiligung bzw. höhere Beschäftigungsquote von Menschen mit Migrationshintergrund in den Einrichtungen gefordert. Essenziell bei den Überlegungen, die noch vor Inkrafttreten des neuen Infektionsschutzgesetzes formuliert wurden, sind die Hinweise an die Gesundheitsämter selbst. Diese fordern zu einer der Situation adäquaten Betätigung und Herangehensweise auf, um dem dann auch im IfSG genannten Auftrag – der Hinwendung zu sozial benachteiligten Bevölkerungsschichten – gerecht zu werden. Der ehemalige Leiter des Gesundheitsamtes Bremen, Prof. Dr. Heinz-Jochen Zenker, merkt an: »In Ausnahmen ist er [der ÖGD, Anm. der Autorin] jedoch verpflichtet, subsidiär und/oder komplementär vom Regelsystem nicht ausreichend versorgten Risikopopulationen nachgehende aufsuchende Hilfen anzubieten.«[13] Die 16 Ländergesetze zum ÖGD bleiben in der Aufgabenbeschreibung häufig unscharf. Im Niedersächsischen

11 | Bundesärztekammer (2010).

12 | Hehl (2000), S. 33.

13 | Zenker (2011), S. 164.

Gesetz (NGöGD) von 2006 heißt es z.B.: »Die Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes fördern und schützen die Gesundheit der Bevölkerung. Dabei wirken sie auf die Stärkung der Eigenverantwortung der Bürgerinnen und Bürger hin.« Aufgeführt wird in den Paragrafen der Infektionsschutz, Kinder- und Jugendgesundheit, umweltbezogener Gesundheitsschutz, Begutachtung, Gesundheitsberichterstattung und Prävention. Zu Letzterem heißt es in Abschnitt 2: »Die Landkreise und kreisfreien Städte wirken auch darauf hin, dass Personengruppen und Einzelpersonen Hilfen und Leistungen zur Gesundheitsversorgung erhalten, die diese aufgrund ihrer besonderen Lebensverhältnisse nicht selbständig in Anspruch nehmen können.« Die Landesgesetze in den übrigen Flächenländern sind ähnlich allgemein formuliert. Wird darauf verzichtet, »detaillierte Aufgabenzuweisungen« vorzunehmen, kann dies dem Subsidiaritätsprinzip gemäß den Kommunen die Chance belassen, den örtlichen Anforderungen entsprechende Schwerpunkte zu setzen. Dies ermöglicht eine Flexibilität wie sie Labisch und Tennstedt positiv für die Gesundheitsfürsorge vor 1934 hervorgehoben haben. Allerdings birgt die Unschärfe auch eine Gefahr: »Damit war auch ein stets brauchbares Instrument dafür entstanden, mit unterschiedlichen Argumenten Aufgaben des ÖGD abzubauen [...]«[14] und geringere finanzielle Ressourcen zur Verfügung zu stellen. In den Gesetzen zum ÖGD der Stadtstaaten findet sich die Auffassung eines komplementären Auftrages wieder. Das Berliner Gesundheitsdienstgesetz ist eingangs zitiert, im Bremer Landesgesetz heißt es in §17 Abs. 1:

> »Der Öffentliche Gesundheitsdienst kann Beratung, Betreuung und Behandlung für einzelne Personen und für Bevölkerungsgruppen, die der gesundheitlichen Versorgung durch andere Leistungsträger nicht zugänglich sind, nur dann anregen oder vorhalten, wenn und soweit dies durch die vorrangig zur gesundheitlichen Versorgung Verpflichteten nicht bedarfsdeckend erfolgt.«

Grundsätzlich ist zwischen dem Aufgabenbereich Gesundheitshilfe und Infektionsschutz zu unterscheiden, da sie unterschiedliche Ziele verfolgen. Der Infektionsschutz soll nicht nur das Individuum schützen bzw. die Gesundheit erhalten, sondern hat darüber hinaus die übrige Bevölkerung aus epidemiologischen Gründen im Blick. Die Gesundheitshilfe hat das Individuum im Fokus sowohl mit gruppenspezifischen als auch individuellen Maßnahmen. Dem zugrunde liegt das Ziel der Beseitigung sozialer Ungleichheit bzw. Hürden im freien Zugang zu einer Gesundheitsversorgung oder ordnungsrechtliche Grundsätze. Nichtsdestotrotz können sich beide Bereiche überschneiden. Die amtliche Begründung zum »Behandlungsparagrafen« §19 IfSG macht die sich ergänzende Zielsetzung deutlich. Inwiefern sich dies auch in der Versor-

14 | Gostomzyk/Storr (2012), S. 846.

gungsrealität der Gesundheitsämter bundesweit wiederfindet, wird in dem Kapitel fünf dargestellt.

4.1.1 Exkurs: Gesundheitshilfe und »Seuchenprophylaxe«

Die im eingangs zitierten Auszug aus dem Berliner Gesundheitsdienstgesetz von 2011 genannte Gesundheitshilfe für bedürftige Menschen ist kein explizit neuer Aufgabenbereich des ÖGD. Die »Armenfürsorge« – »Fürsorge« als veralteter Begriff der Hilfe für den »unmündigen Bedürftigen« insbesondere aus der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts – ist historischer Bestandteil öffentlicher Gesundheitsleistungen, wenngleich Gesundheitsfürsorge aus unterschiedlichen Beweggründen und mit unterschiedlicher Ausprägung öffentliche Aufgabe war:

»Ausschlaggebend für die Entwicklung öffentlicher Gesundheitsleistungen ist zum einen die Erfahrung, dass Gesundheit nicht nur für die einzelne Person und ihren unmittelbaren Lebenskreis, sondern auch für das Gemeinwesen insgesamt oder für diejenigen Teilbereiche bedeutsam ist, die als besonders wichtig angesehen werden, also etwa Handel, Heer, Marine etc. [...] Ebenso bedeutsam ist zum anderen der Ordnungsbedarf, der in differenzierten Gemeinwesen mit steigender Größe und ökonomischer Entfaltung als notwendig angesehen wird.«[15]

Darüber hinaus lag den machtpolitisch Verantwortlichen bereits aus »ihrer legitimatorisch bedeutsamen sozialen Verantwortlichkeit«, früh daran, Formen öffentlicher ärztlicher Hilfe zu schaffen.[16] Zu hellenistischer Zeit und dann im römischen Herrschaftsbereich stellen die sogenannten »Archiater« erste Ansätze eines »Stadtarztwesens« und einer »Medizinalaufsicht« dar.[17] Im 12. und 13. Jahrhundert gab es erste Regularien für eine regelhafte und schließlich universitäre Ausbildung der Ärzte, die ab dem 13. Jahrhundert institutionalisiert wurde.[18] Es zeigt sich im Laufe der Zeit ein zunehmender Wunsch nach staatlicher Ordnung und Verwaltung des Gesundheitswesens.[19] Der »Ordnungsbedarf« spiegelte sich auch in den »Städtischen Medizinalordnungen«, die bereits im frühen 14. Jahrhundert nachzuweisen sind. Sie regelten vorwie-

15 | Labisch/Tennstedt (1985), S. 6.

16 | Labisch/Woelk (2012), S. 58.

17 | »Archiater« ist die spätlateinische Form des griechischen »archiatros«, auf welchem der deutsche Begriff des »Arztes« zurückzuführen ist. Vgl. Labisch/Woelk (2012), S. 58.

18 | Roger II. hatte als König von Sizilien 1140 ein Regelwerk zur medizinischen Ausbildung in Salerno erlassen. 1240 legte Friedrich II. fest, dass alle Ärzte ihr Studium und Prüfung in Salerno abzuhalten hatten. Vgl. Eckart (2011), S. 12.

19 | Vgl. Labisch/Woelk (2012), S. 59.

gend die Tätigkeiten zwischen Ärzten und Apothekern, aber auch ordnungsrechtliche Maßnahmen zum Schutz vor bestimmten Seuchen »bzw. gegen die von diesen Krankheiten befallenen Menschen«.[20] Frühe hygienische Maßnahmen in der Antike, die für die öffentliche Gesundheit förderlich waren, wie Abwasserkanäle oder die Zufuhr von Grundwasser, hatten ihren Hintergrund allerdings nicht in gesundheitlichen Überlegungen zur Beseitigung möglicher Krankheitsquellen, sondern begründeten sich in religiösen Vorstellungen.[21] Vorläufer öffentlicher »Gesundheitspflege« zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit finden sich in Städten als »besondere Bezirke des Rechts und der Wirtschaft« mit ihren »rasch wachsenden Differenzierungsgraden« im ausgehenden Mittelalter.[22] Zwar gab es im traditionellen humoralpathologischen Krankheitskonzept keine Vorstellung von Ansteckung bei Erkrankungen, doch die Erfahrungen ließen Stadtherren präventionsepidemiologische Maßnahmen wie Verkehrskontrolle und Quarantäne durchführen. Die großen Pestepidemien Mitte des 14. Jahrhunderts waren treibende Kraft für Abwehrmaßnahmen, um die enormen negativen Auswirkungen auf Handel und Warenverkehr sowie die Arbeitskraft einzudämmen. Dies waren allerdings noch punktuelle Handlungen nach Gutdünken der jeweiligen Stadtherren.[23] Im 16. und 17. Jahrhundert bildete sich schließlich in einigen Städten insbesondere Norditaliens trotz aller weiterhin bestehenden Unterschiede »strukturell regelhaft[...]« die Institution des Stadtarztes oder Stadtwundarztes heraus. Zu den Aufgaben zählten bereits

> »allgemeine Residenzpflicht, vor allem aber Anwesenheitspflicht bei Epidemien (in der ansonsten die ›Flucht‹ in gesündere Orte legitim war), kostenlose Behandlung der Stadtarmen (für ein öffentliches Salär), im Fall von Epidemien: schriftliche Verhaltensanweisungen [...]. Diese Einrichtungen breiteten sich mit der Entwicklung der Stadtkultur allmählich nach Norden aus und wurden auch in den deutschen Handelsstädten zur Norm.«[24]

Auf staatlicher Ebene brachte der »Aufgeklärte Absolutismus« des 18. Jahrhunderts dem öffentlichen Wohl in dem Maße eine zentralere Bedeutung, wie sich »Einsichten in die komplizierter werdenden volkswirtschaftlichen Zusammenhänge boten«. Die machtpolitische Bedeutung einer großen Bevölkerung

20 | Labisch/Tennstedt (1985), S. 6.

21 | Vgl. Labisch/Woelk (2012), S. 58.

22 | Labisch/Tennstedt (1985), S. 6.

23 | Ansätze stadthygienischer Maßnahmen als Antwort auf die Pestepidemie fanden sich beispielsweise in Marseille, Venedig, Ragusa und Reggio. Vgl. Eckart (2011), S. 15 und Labisch/Woelk (2012), S. 60.

24 | Labisch/Woelk (2012), S. 61.

für den Polizei- und Militärapparat als auch in ökonomischer Hinsicht der Produktion und der Nachfrage nach Gütern führte zur *Idee* einer öffentlichen Gesundheitssicherung, einer »medicinischen Polizey« aus staatstheoretischen Überlegungen.[25] Es »mussten gesunde, arbeits- und waffenfähige Untertanen immer deutlicher als entscheidende Stützen staatlicher Machtentfaltung erscheinen.«[26] Es ist der Beginn der Vorstellung einer staatlich gesteuerten Gesundheitsfürsorge für die gesamte Bevölkerung. Der Begriff der »medicinischen Polizey« ist vor allem durch das Werk Johann Peter Franks[27] populär geworden, der eine umfassende Gesundheitspflege der Bevölkerung als zentralstaatliche Aufgabe sieht. Allerdings:

»So mitreißend und aufklärerisch der Entwurf einer ›vollständigen medicinischen Polizey‹ auch gewesen sein mag, er blieb trotz aller Begeisterung in seinem Jahrhundert Entwurf. Immerhin ist aber die alte Idee von einer populären medizinischen Volksaufklärung in Büchern, Katechismen, Bildtafeln, Fliegenden Blättern und auch von der Kanzel durch ihn nachhaltig [ge]worden.«[28]

Im Selbstverständnis staatstheoretischer Vorstellungen waren gesundheitssichernde Maßnahmen vor allem ordnungspolitisch begründet und Bestandteil des administrativen Apparates mit partiellem Zwangscharakter. So war der Bereich der »Gesundheitsverwaltung« im späten 18. und teilweise im 19. wie im 20. Jahrhundert dem Departement bzw. Ministerium für Inneres erst in Preußen, dann im Deutschen Reich, zugeordnet. Mit der nun zunehmenden zentralstaatlichen Verwaltungsstruktur wurde auch das städtische Gesundheitswesen auf die staatliche Ebene verlagert. Der Kreisphysicus, der »ursprünglich von den Städten, Kreisständen und Ritterschaften angestellt und besoldet« wurde, war gleichzeitig »Gerichts- und Armen[arzt]« und hatte allen »königlichen und kommunalen Behörden Folge zu leisten«.[29] Durch die »1808/10 einsetzende Inklusion der Medizinalverwaltung in die Polizeiverwaltung« werden die Kreisphysici die unterste Ebene des staatlichen Gesundheitswesens, die den Landräten unterstellt und so im starken Maße von deren Entscheidungen

25 | Vgl. Labisch/Woelk, S. 63.

26 | Eckart (2011), S. 30.

27 | J.P. Frank (1779): System einer vollständigen medicinischen Polizey, Bd. 1, Mannheim. Insgesamt umfasst das Werk sechs Bände. Einzusehen sind sie z.B. beim Göttinger Digitalisierungszentrum online unter: http://gdz.sub.uni-goettingen.de/dms/load/toc/?PPN=PPN333514955&IDDOC=143187 [29.01.2016].

28 | Eckart (2011), S. 30.

29 | Labisch/Tennstedt (1985), S. 11.

abhängig sind.[30] Starke Standesschranken zu den meist adligen und vermögenden Landräten sowie zum Militärwesen erschwerten zudem gesundheitliche Maßnahmen durch die Physici: »Und dann wird der Physicus vom Herrn Landrat für einen Querulanten, von den Kommunalbehörden und Privaten für einen Denunzianten gehalten.«[31] Die großen Umbrüche und Entwicklungen mit der aufkommenden Industrialisierung und der erhebliche Zuwachs der Bevölkerung in den Städten, die unter teilweise widrigsten Bedingungen leben musste, verschärften die »soziale Frage«. Zudem verstand man nun, im Zuge der Französischen Revolution, die Gesundheitsversorgung als ein Bürgerrecht, die wirtschaftlichen Strukturen gewannen an Komplexität, so dass vermehrt »Gedanken an eine differenzierte qualitative Bewertung der Bevölkerung« formuliert wurden.[32] Die Wohn- und Lebensverhältnisse insbesondere der verarmten Bevölkerungsschicht begünstigten die Ausbreitung von Infektionserkrankungen im Verlauf des 19. Jahrhunderts und eine hohe Zahl an Todesfällen.[33] Für die Ausbildung einer öffentlichen Gesundheitssicherung waren diese Entwicklungen sowie neuere empirische und statistische Erkenntnisse von großer Bedeutung. Die »Hygienebewegung« und die »neue« Betonung einer »Socialen Hygiene« schaffte die »hygienetechnische Infrastruktur der (Industrie-)Städte« mit einer verbesserten Wasserversorgung, dem Ausbau der Kanalisation, der Abfallentsorgung und Nahrungsmittelkontrolle.[34] Die herausragende Bedeutung der hygienischen Maßnahmen für die öffentliche

---

30 | Zudem waren die Tätigkeiten der Kreisphysici zur öffentlichen Gesundheitssicherung nebenberuflich mit geringer Entlohnung durchzuführen. Dies brachte mehrere Effekte mit sich: »Einerseits erhöhte die Amtsautorität des Physikus wie ein Gütesiegel den Zuspruch zur Privatpraxis und damit die Konkurrenzsituation zu privaten Kollegen – wieviel[e] zahlungskräftige Patienten gab es schon, vor allem auf dem Land und in Kleinstädten […]« und zum anderen wurde der Arzt nach seinen Erfolgen in seiner Privatpraxis beurteilt anstatt in den »oft nicht gern gesehenen Leistungen auf hygienischem Gebiete«. So bedingte die Konkurrenzsituation die mangelnde Unterstützung ortsansässiger niedergelassener Ärzte bis hin zu »direkten Widerspruch« und »Aufwiegeln des Publikums« durch die ärztlichen Kollegen. Außerdem war es auch möglich, dass »eine intimere Beziehung zum Publikum« zu »laxer Handhabung der Sanitätspolizei, wie der forensischen Seite bezüglich etwaiger Atteste führt«. Vgl. Labisch/Tennstedt (1985), S. 17 und Pistor (1906), S. 494 nach Labisch/Tennstedt (1985), S. 17.

31 | Ebd., S. 15.

32 | Labisch/Woelk (2012), S. 66.

33 | Die Cholera breitete sich im Verlauf des 19. Jahrhunderts wiederholt epidemisch in Deutschland aus. Für die letzte große Choleraepidemie 1892 in Hamburg gibt der Medizinhistoriker Wolfgang Eckart an, dass von 640.000 Einwohnern 16.956 erkrankten und 8.605 gestorben sind. Vgl. Eckart (2011), S. 84.

34 | Vgl. Labisch/Woelk (2012), S. 67 und Ackerknecht (1992), S. 155.

Gesundheit wird in der Äußerung des amerikanischen Arztes Oliver Wendell Holmes deutlich: »Die Mortalitätslisten werden mehr durch die Kanalisation beeinflußt als durch diese oder jene Methode der ärztlichen Praxis.«[35] Durch den »sozialen Charakter« eines bevölkerungsmedizinischen Ansatzes waren Forderungen zur Verbesserung der allgemeinen Gesundheit eng mit der Freiheitsbewegung und revolutionären Forderungen von 1848 verknüpft. Das öffentliche Gesundheitswesen allerdings blieb weiterhin weitgehend ohne Bedeutung: »Der Staat akzeptiert ›Gesundheit‹ als politischen Wert für sich nicht bzw. nur innerhalb seiner Polizeifunktion, also untergeordnet.«[36] Die Problemkonzentration in den Städten und das fehlende Zuständigkeitsgefühl auf staatlicher Ebene führten zur verstärkten Besinnung auf kommunale Möglichkeiten gesundheitlicher Maßnahmen.[37] Ungenügende gesetzliche Regelungen und finanzieller Rahmen im Angesicht weit verbreiteter ansteckender Erkrankungen beförderte, dass »wiederum zunächst Großstädte mit dem Aufbau einer eigenständigen Gesundheitsfürsorge« begannen.[38] Im Hinblick auf die heute nach wie vor aktuelle und diskutierte kompensatorische Funktion des ÖGD ist folgende Feststellung zur Ausbildung des kommunalen Systems um die Jahrhundertwende beachtenswert:

»Die kommunalen Einrichtungen und Maßnahmen konzentrierten sich in diesem Rahmen auf Risiken und Probleme, die von der gesetzlichen Krankenversicherung, die ja an den Status des Lohnarbeiters anknüpft [...] nicht erfasst wurden. Sie bezogen sich einmal auf besonders gefährdete Adressatengruppen (die gerade Nicht-Lohnarbeiter waren): Säuglinge, Kleinkinder, Schüler, Schwangere und Wöchnerinnen; zum anderen auf besondere Krankheitstypen, die die Betroffenen, ihre unmittelbare Umgebung und auch die Öffentlichkeit spezifischen Gefährdungen aussetzten: Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, Alkoholismus, psychische Leiden, Körperbehinderungen.«[39]

---

35 | Ackerknecht (1992), S. 153.

36 | Labisch/Tennstedt (1985), S. 26.

37 | Durch Vereinsbildungen und eine neue Zeitschrift kamen Ärzte mit Naturwissenschaftlern und kommunalen Akteuren zusammen, um öffentliche Gesundheitspflege kommunal praktisch umzusetzen und zu diskutieren. Mit den Entdeckungen im Bereich der Bakteriologie fand eine Verschiebung des Fokus der gesundheitspolitischen Intervention statt. Nun war nicht mehr die unbelebte Umwelt im Zentrum der Aufmerksamkeit, sondern Einwirkungen auf »den Menschen selbst als Krankheitsreservoir und -verbreiter.« Vgl. Labisch/Tennstedt (1985), S. 32.

38 | Vgl. ebd., S. 33.

39 | Ebd., S. 34.

Auf staatlicher Ebene verdeutlicht die Gründung des Reichsgesundheitsamtes (RGA) im Jahr 1876 die zunehmende Bedeutung – zumindest im öffentlichen Diskurs – der »öffentlichen Gesundheitspflege«. Das RGA war auf die Zusammenarbeit mit den kommunalen Behörden, also der Ortspolizei als für die öffentliche Gesundheit zuständige Institution, angewiesen.[40] Die Ausführungen vor Ort wurden kommunal entschieden, so dass die Notwendigkeit, lokale Institutionen herauszubilden, zunehmend von Ärzten, Ingenieuren, Naturwissenschaftlern und kommunalen Behörden formuliert wurde. Notwendige »hygienische Präventivmaßnahmen« lagen nicht nur im wirtschaftlichen, sondern auch im unmittelbar machtpolitischen Interesse der Städte.[41] Das Reichsseuchengesetz behandelte allerdings nur wenige – im Reichsgebiet epidemiologisch nur von untergeordneter Rolle – Infektionskrankheiten wie Pocken, Pest, Gelbfieber, Fleckfieber, asiatische Cholera und Lepra. »Die heimischen Infektionskrankheiten sollten durch Ländergesetze erfaßt werden.«[42] Mit der Gesetzgebung schuf man in den Kreisen Preußens Medizinaluntersuchungsämter und -stellen, die überwiegend staatlich finanziert wurden. Im Bereich der gesundheitlichen Fürsorge waren weiterhin die Großstädte beispielgebend. Beratungs- und Unterstützungseinrichtungen wurden durch Vereine – also aus privater Initiative – von Versicherungsgesellschaften und schließlich auch von den Kommunen eingerichtet und finanziert. Die hohe Säuglingssterblichkeit und die weit verbreitete Tuberkulose bildeten den Hintergrund des verstärkten Aufkommens dieses Dienstleistungssystems. 1905 wurden die ersten »Mütter- und Säuglingsfürsorgestellen« in »München und Berlin eröffnet«.[43] Durch die vielen verschiedenen Akteure und gesundheitsfürsorglichen Stoßrichtungen entwickelte

»sich eine fast unüberschaubare Vielfalt von gesundheitsbezogenen, fürsorglichen Organisationsformen in den verschiedenen Gemeinden und Kreisen heraus. Diese verwirrende Situation wurde häufig als unproduktiv und einer rationellen Fürsorgetätigkeit abträglich beklagt, dagegen die Zusammenfassung der verschiedenen Maßnahmen der Gesundheitsfürsorge in einer einheitlichen kommunalen Organisation gefordert [...].«[44]

Denn es entstand

»eine kommunal organisierte Gesundheitsfürsorge, die sich aus mehreren Quellen speiste: Neben den obrigkeitsstaatlich orientierten Kreisärzten, die als höhere Verwal-

40 | Ebd., S. 32-33.

41 | Vgl. Hüntelmann (2006), S. 44-45.

42 | Labisch/Tennstedt (1985), S. 57.

43 | Ebd., S. 36.

44 | Ebd., S. 37-38.

tungsbeamte Berater der Ortspolizeibehörde und der Landräte waren, gab es engagierte, an den Erkenntnissen zur Sozialhygiene orientierte Mediziner. Sie waren vor allem als ›Kommunalärzte‹ in der Gesundheitspflege tätig und damit ›eher der städtischen Wohlfahrtspflege benachbart als der staatlichen Polizei‹.«[45]

Mit dem 1934 verabschiedeten »Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens« (GVG) wurden flächendeckend staatliche Gesundheitsämter eingeführt zur Vereinheitlichung der öffentlichen Gesundheitspflege. Die Hauptaufgabe der Gesundheitsämter im folgenden Jahrzehnt wurde allerdings die Umsetzung der rassistischen und menschenverachtenden Ideologie des Nationalsozialismus. Der Gegensatz staatlicher und kommunaler öffentlicher Gesundheitsleistungen fand durch die Einführung des »Amtes für Volksgesundheit« und weiterer Parteiorganisationen der NSDAP seine Fortsetzung.[46] Die Folge der Verstaatlichung und Vereinheitlichung sowie der Vereinnahmung kommunaler Gesundheitsfürsorge durch die NSDAP-Parteiorganisationen reduzierte deutlich die Stellung der Gesundheitsfürsorge im Öffentlichen Gesundheitswesen und degradierte sie von einer »Muss-« zu einer »Kann-Leistung«.[47] Im Bereich der Behinderten-, Schwangeren-, Säuglings- und »Geschlechtskrankenfürsorge« dominierten Kontroll- und Zwangsmaßnahmen bis hin zur Ermordung von Menschen. Etwa das bereits 1933 verabschiedete »Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses« sah Zwangssterilisationen und die Einführung einer Sondergerichtsbarkeit nach amtsärztlicher Begutachtung vor. Die Fernwirkungen für die Gesundheitsfürsorge sehen Labisch und Tennstedt in einer nachhaltigen Zerstörung des Verständnisses einer kommunalen Aufgabe öffentlicher Gesundheitsfürsorge.[48] Nach der bedingungslosen Kapitulation der Wehrmacht 1945 und Gründung der beiden deutschen Staaten 1949 blieb das GVG in der BRD fast unverändert gesetzliche Grundlage des ÖGD für weitere Jahrzehnte.[49] Erst ab 1979 wurde das GVG sukzessive von den Ländergesundheitsgesetzen abgelöst bis es schließlich 2006 bundesrechtlich aufgehoben wurde. Das kontrollierende Element der Seuchenhygiene blieb über viele Jahrzehnte prägend für die Aufgabenwahrnehmung der Gesundheitsämter. Neben dem GVG waren in den Jahrzehnten nach Gründung

45 | Steen (2005), S. 127-128 und Kühn (1994), S. 11 nach Steen (2005), S. 128.

46 | Zur Geschichte der Gesundheitsämter während der Zeit der nationalsozialistischen Diktatur siehe beispielsweise Labisch/Tennstedt (1985), Vossen (2001), Donhauser (2007).

47 | Vgl. Labisch/Tennstedt (1985), S. 372-373.

48 | Vgl. ebd., S. 373.

49 | Nur § 3 Abs. 1b GVG, die Bestimmung der Rassenpflege als Aufgabe der Gesundheitsämter, wurde durch die Alliierten aufgehoben. Vgl. Sachße/Tennstedt (2012), S. 157.

der BRD das Bundesseuchengesetz und das »Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten« (GeschlKrG) für die Ämter bestimmend. Anfangs forciert durch die alliierte Besatzung nach Ende des Zweiten Weltkrieges, um ein Ausbreiten der Geschlechtskrankheiten unter ihren Soldaten einzudämmen, wurde zunehmend ein neues Gesetz zur bundeseinheitlichen Regelung der entsprechenden Erkrankungen gefordert.[50] In der Begründung zum Regierungsentwurf für das GeSchlKrG von 1953 wurde neben den »seelischen und sozialen Nöten« der Aspekt der Kontrolle herangezogen – als Rechtfertigung einer gesonderten Gesetzesregelung für Geschlechtskrankheiten neben den infektiösen Erkrankungen, die im Seuchengesetz behandelt wurden.[51] Dies sollte auch maßgeblich die Aufgabenwahrnehmung der Gesundheitsämter im Bereich Infektionen und insbesondere der als Geschlechtskrankheiten klassifizierten Erkrankungen für viele Jahrzehnte bestimmen. Sexarbeiter und Sexarbeiterinnen bzw. Prostituierte wurden im damaligen Gesetz nicht namentlich benannt, doch die Bestimmungen zu »Geschlechtskranke[n] sowie solche Personen, die dringend verdächtig sind, geschlechtskrank zu sein« (§ 4 GeschlKrG) wurden fast ausschließlich auf Frauen dieser Berufsgruppe bzw. sogenannter »HwG-Frauen«[52], angewandt.

»In Bayern wurde auf der Grundlage des BuSeuchG noch ein HIV-Antikörpertest für Prostituierte und Drogengebraucher verpflichtend vorgeschrieben. Angewandt wurde diese Gesetzeslage fast ausschließlich auf Prostituierte. So hatten auch im Jahre 2000 noch 44 der befragten Beratungsstellen (46 %) eine Untersuchungspflicht für Prostituierte. Aber bereits zu Beginn der 90er Jahre waren die Angebote der Gesundheitsämter für den Bereich Geschlechtskrankheiten sehr unterschiedlich und im Wandel begriffen.«[53]

Auch durch das föderale System der BRD waren die Strukturen für Beratung und Angebote bei sexuell übertragbaren Erkrankungen sehr heterogen:

»Wobei in den nördlichen Bundesländern anonym und kostenlos wahrzunehmende Angebote ohne Untersuchungspflicht für Prostituierte überwogen, während die südlichen Bundesländer eher auf Kontrolle, Kommstrukturen und Untersuchungspflicht setzten. In vielen Bundesländern (z.B. NRW) wurde die Gestaltung des Angebots auch den Kommunen und Landkreisen übertragen, was zu einer kleinteiligen Differenzierung führte.«[54]

50 | Kreuzer (1989), S. 53.

51 | Ebd., S. 54.

52 | Die Abkürzung HwG stand für »Frauen mit häufig wechselnden Geschlechtsverkehr«, die sich nicht selbst als Prostituierte bezeichnen. Eigentlich müsste es »mit häufig wechselnden Geschlechtsverkehr-Partnern« heißen.

53 | Steffan et al. (2002), S. 31.

54 | Ebd. (2002), S. 6.

Durch das am 01.01.2001 in Kraft getretene Infektionsschutzgesetz (IfSG) bekommt der ÖGD einen neuen Stellenwert. Prävention und Gesundheitsförderung gewinnen im Sinne eines »Empowerments« gegenüber Kontrolle und Zwangsmaßnahmen stark an Bedeutung in der Bekämpfung sexuell übertragbarer Erkrankungen (STD).[55] Die Erfahrungen aus dem Großmodell Gesundheitsämter, einem Modellprojekt der Bundesregierung von 1987 bis 1991 auf dem Gebiet der BRD als Antwort auf die Ausbreitung der HIV-Infektion in den 1980er Jahren, zeigten die Bedeutung und den Erfolg einer Angebotsstruktur gegenüber Zwangsmaßnahmen.[56] Mit dem IfSG wurde nun in Deutschland erstmals eine gemeinsame gesetzliche Grundlage für STD und HIV/AIDS geschaffen. Der Wandel der Maßnahmen in der Seuchenbekämpfung im Zuge der HIV-Epidemie wird in der Jubiläumsschrift des Landesgesundheitsamtes Niedersachsens – ehemals Medizinaluntersuchungsamt – beschrieben:

»Hervorzuheben ist die fachliche Unterstützung der Landesregierung bei ihrem energischen Eintreten für eine liberale, auf Information und Hilfestellung fußende AIDS-Politik und der strikten Abkehr von bei dieser Krankheit nicht nur ineffektiven, sondern kontraproduktiven Zwangsmaßnahmen traditioneller Seuchenkontrolle.«[57]

Mit §19 IfSG soll daher ein Aufgabenschwerpunkt des ÖGD, die Durchführung vorbeugender Schutzmaßnahmen und frühzeitige Entdeckung erkrankter und infektiöser Personen, sozial benachteiligten Bevölkerungsschichten zugänglich gemacht werden. Die Abkehr vom Behandlungsverbot in den Gesundheitsämtern stellt ein Novum seit Einführung des GVG dar:

»Nach der alten Gesetzeslage war eine Behandlung durch Gesundheitsämter nicht vorgesehen. In der Ersten Durchführungsverordnung zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens war eine medizinische Behandlung durch das Gesundheitsamt sogar ausgeschlossen. In Gesundheitsdienstgesetzen einiger Bundesländer (z.B. Berlin und Hamburg) war aber dieses Behandlungsverbot aufgehoben, dies ermöglichte die Behandlung von STDs zumindest in einzelnen Notfällen. Mit der Abschaffung der Untersuchungspflicht für Prostituierte ab Mitte der 80er Jahre vorwiegend in den nördlichen Bundesländern und der Einführung von aufsuchender Arbeit wurden andere Zielgruppen erreicht. Ein Behandlungsangebot zumindest in Einzelfällen erschien dringend erforderlich. Diese Erfahrungen wurden im IfSG aufgegriffen. Neben der Abschaffung der Untersuchungspflicht für Prostituierte und der erregerunabhängigen Definition von sexuell übertragbaren Erkrankungen ist die Einführung einer Behandlungsermächti-

55 | Vgl. ebd., S. 3.

56 | Vgl. ebd., S. 6.

57 | Niedersächsisches Landesministerium (o.J.), S. 30.

gung zumindest in Einzelfällen die dritte wichtige Neuerung für die Beratungsstellen der Gesundheitsämter.«[58]

Die Behandlungsoption nach §19 IfSG stärkt das komplementäre Aufgabenprofil der Gesundheitsämter. Doch auch im IfSG haben manche Zwangsmaßnahmen weiterhin Bestand. Können bei der Erstaufnahme in Gemeinschaftsunterkünften von Asylsuchenden und Flüchtlingen keine ärztlichen Zeugnisse vorgelegt werden – was wohl dem Regelfall entsprechen wird – ist »eine ärztliche Untersuchung auf übertragbare Krankheiten einschließlich einer Röntgenaufnahme der Lunge zu dulden« (§36 Abs. 4 und 5 IfSG). Darüber hinaus ist die Auslegung der Ausländergesetzgebung auf Länderebene relevant. So sind z.B. in Bayern laut »Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit, Ernährung und Verbraucherschutz vom 07.06.2002 zum Vollzug des §62 AsylVfG« ein HIV-Test und die Untersuchung auf weitere ansteckende Erkrankungen bei Erstantrag auf Asyl ohne Einwilligung durchzuführen.

Zwangsmaßnahmen fanden sich auch in der »Verordnung zur Verhütung und Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten« vom 23.02.1961 der DDR für Personen, die sich einer Behandlung verweigerten. Ebenso wurden in den 1960er Jahren Prostituierte über »Aufenthaltsbeschränkungen« als sogenannte »Asoziale« inhaftiert.[59] Insgesamt spielten aber Zwangsmaßnahmen im Rahmen des Infektionsschutzes in der DDR keine wesentliche Rolle. Der Öffentliche Gesundheitsdienst war als wesentlicher Unterschied zur Situation in der BRD zentral organisiert und bot damit eine einheitliche Struktur. Im Umgang mit Prostitution und sexuell übertragbaren Erkrankungen wurde überwiegend auf freiwillige Maßnahmen gesetzt. Nach der Wiedervereinigung 1990 wurde die Gesetzeslage der BRD zum ÖGD gesamtdeutsches geltendes Recht; in den neuen Bundesländern wurden kommunale Gesundheitsämter eingerichtet. Die Gesundheitsämter auf dem Gebiet der ehemaligen DDR orientierten sich an den liberalen Angebotsstrukturen der nördlichen Bundesländer der BRD, d.h., »es wurden freiwillig und anonym wahrzunehmende Angebote geschaffen, auf Untersuchungsverpflichtungen für Prostituierte wurde weitgehend verzichtet.«[60]

58 | Niedersächsisches Landesministerium (o.J.), S. 55.
59 | Vgl. Willing (2011), S. 65.
60 | Vgl. Steffan et al. (2002), S. 2.

4.2 Tuberkulose

Ist von Tuberkulose und HIV/AIDS bzw. sexuell übertragbare Infektionskrankheiten die Rede, ist die Gefahr groß, dass einzelne Gruppen stigmatisiert werden. Besonders betraf dies bisher sowohl Homo- bzw. Bisexuelle als auch Migrantinnen und Migranten. Gruppen von Menschen, die bereits durch ihre Zuordnung Diskriminierungen ausgesetzt und von gesellschaftlicher Ausgrenzung bedroht sind, werden besonders vulnerabel bezüglich krankheitsbezogener Stereotypenbildung. Die Fokussierung der auf die in §19 IfSG genannten Erkrankungen könnte als Verstärkung dieser Stereotypenbildung verstanden werden. Eine differenzierte Darstellung der Erkrankungen und ihrer Genese sowie die Pluralität der Menschen, die keinen Zugang zur Gesundheitsversorgung haben, soll verdeutlichen, dass nicht von »den« Migrantinnen und Migranten ohne Papiere gesprochen, ebenso wenig, wie von »den« Zugewanderten an sich als einer homogene Gruppe ausgegangen werden kann.[61] Es sind nicht die Umstände der Migration oder einer nicht deutschen Staatsangehörigkeit, die zu einer HIV-Infektion oder einer Tuberkulose per se prädisponieren würden. Viele Faktoren beeinflussen Gesundheit und Krankheit. Unter dem Blickwinkel »Public Health« ist es nichtsdestotrotz sinnvoll, anhand vorliegender Daten, Prävalenzen einzuordnen. Hierfür sind epidemiologische Zahlen wichtig; Größenordnungen sind für gesundheitspolitische Maßnahmen ein wesentlicher Argumentationsbaustein. Zudem stellt sich die Frage, ob eine so komplexe Erkrankung wie HIV/AIDS, z.T. auch Tuberkulose, durch Ärztinnen und Ärzte der Gesundheitsämter ambulant behandelt werden kann. Möglicherweise ist bereits eine umfassende Beratung nicht zu leisten. Daher werden in diesem Kapitel Diagnostik, Behandlungen und spezifische Herausforderungen näher beschrieben.

4.2.1 Die Erkrankung Tuberkulose

Die Erreger der Tuberkulose sind Mykobakterien, wobei das Mycobacterium tuberculosis das bedeutendste ist für Deutschland; es verursacht über 95 % aller Erkrankungen. Das einzige relevante Reservoir bildet der Mensch.[62]

---

61 | Vertiefend zu Stigmatisierung bei HIV/AIDS siehe beispielsweise die Arbeit von Köhl/Schürhoff (2001).

62 | Es können sich zwar auch z.B. Katzen und Hunde anstecken, insgesamt gilt dieser Übertragungsweg aber als sehr selten. Vgl. RKI (2006b), S. 17. Neben dem M. tuberculosis gibt es noch eine Reihe eng verwandter Mykobakterien, die auch zur Tuberkuloseerkrankung führen können, sie spielen aber epidemiologisch keine entscheidende Rolle. Für das Jahr 2009 wurde eine Differenzierung der Erreger in 65,7 % der Fälle angegeben (bei 4.543 gemeldeten Tuberkulosefällen). Dabei verursachte M. tuberculosis mit 97,7 %

Bei anderen krankheitsverursachenden Mykobakterien spielen Rinder und Wildtiere noch eine wichtige Rolle. In Deutschland allerdings gilt mit einem Tuberkulosefreien Rinderbestand von ≥99,9 % das Land als »amtlich frei von Rindertuberkulose«.[63] Das Tuberkelbakterium kann in bestimmten Zellen des Immunsystems, den mononukleären Phagozyten, persistieren. Durch eine Granulombildung, eine entzündliche, knötchenförmige Gewebeneubildung, können die Bakterien in diesen Phagozyten dem Abwehrmechanismus des Körpers entgehen. So sind latente Infektionen über Jahrzehnte mit der Gefahr einer Reaktivierung der Bakterien bei verminderter Abwehrlage möglich. Daher ist insbesondere ein intaktes Immunsystem für das Erkrankungsrisiko relevant. Eine schlechte Ernährungslage, höheres oder ein sehr junges Lebensalter, Rauchen und Alkoholsucht bzw. sonstige Drogensucht, Einnahme von immunsupprimierenden Medikamenten, Tumorerkrankungen und HIV/AIDS gehören zu prädisponierenden Faktoren für eine Tuberkuloseerkrankung. Die Transmission erfolgt hauptsächlich aerogen. Infektiöse Patientinnen und Patienten übertragen durch kleine Tröpfchen, die beim Sprechen, Husten oder Niesen in die Luft gelangen, die Erreger, die dann in die Atemwege der umgebenden Personen gelangen können (Abb. 14).

Abbildung 14: Bildertafel aus den 1930er Jahren zu den Übertragungswegen der Tuberkulose







Quelle: Deutsches Hygiene-Museum Dresden (1995).

fast alle Erkrankungsfälle. M. bovis wurde bei 1,7 % der Infektionen angegeben, M. africanum bei 0,5 % und schließlich M. canetti in einem Fall als Infektionserreger gemeldet. Vgl. Robert Koch-Institut (2011d), S. 46.

63 | Ziegler et al. (2012), S. 4. Für Mitteleuropa gilt nur M. tuberculosis als epidemiologisch relevant. Vgl. auch Herold (2012), S. 403.

Die »Stärke und Häufigkeit des Hustens« bestimmt maßgeblich die Menge der ausgeschiedenen Erreger.[64] Besonders infektiös sind die Personen, bei denen im Sputum (Auswurf) Tuberkelbakterien mikroskopisch nachgewiesen werden können. Bei Kindern unter zehn Jahren ist dies seltener der Fall, daher gelten sie, auch weil sie wenig oder gar nicht husten, nicht als Infektionsquelle.[65] Sind viele Menschen auf engem Raum mit schlechter Lüftung versammelt, ist das Übertragungsrisiko besonders hoch.

Theoretisch sind auch Übertragungen durch kontaminierte Lebensmittel denkbar, z.B. bei nicht pasteurisierter Milch in Ländern mit relevanter Zahl an Rindertuberkulosefällen. Auch Transmissionen vor oder während der Geburt sind möglich, ebenso Ansteckungen durch direkten Kontakt mit infiziertem Material auf offenen Wunden. Diese Infektionswege sind allerdings selten und epidemiologisch nicht relevant.[66] Ob dann eine Person auch an Tuberkulose erkrankt, ist von vielen Faktoren abhängig. Neben den bereits genannten abwehrmindernden Faktoren spielt das Alter eine wichtige Rolle. Für immunkompetente Erwachsene wird der Anteil derer, die tatsächlich an Tuberkulose erkranken mit ca. 2-10 % angegeben. Bei Kindern ist die Wahrscheinlichkeit zu erkranken wesentlich höher, da die für eine Bekämpfung der Tuberkelbakterien relevante zelluläre Immunabwehr noch nicht vollständig ausgebildet ist.[67] Als ganz besonders gefährdet gelten auch HIV-Infizierte, da das HI-Virus den zellulären Arm der Immunabwehr schwächt. Die Kontaktdauer mit infektiösen Menschen[68] sowie die Umstände des Kontaktes und genetische Determinanten beeinflussen die individuelle Suszeptibilität. Wenn es zur Erkrankung kommt, so geschieht dies meist innerhalb der ersten zwei Jahre nach Kontakt. Nach einer Erstinfektion mit Mykobakterien kann sich als Krankheitsbild eine primäre Lungentuberkulose entwickeln. Überwiegend in den Unter- und Mittelfeldern der Lunge bilden sich z.T. radiologisch nachweisbare Herde, die häufig mit einer Schwellung der Lymphknoten im Bereich der Aufzweigung der großen Lungengefäße (hilär) und entlang der Luftröhre einhergehen. Es kann fakulta-

64 | DZK (2011), S. 371.

65 | Ebd.

66 | Vgl. Greenaway et al. (2003), S. 483 und Ziegler (2012), S. 3-4.

67 | Vgl. Robert Koch-Institut (2006b), S. 18. Das Erkrankungsrisiko für Kinder ohne Begleiterkrankungen oder sonstige zusätzliche abwehrmindernde Faktoren wird mit bis zu 40 % angegeben. Zu dem Anteil der Erkrankungen nach Infektion siehe beispielsweise ebd., S. 18, CDC (2011a), S. 1650 und DZK (2011b), S. 371.

68 | »Als Schwellenwert der erforderlichen kumulativen Expositionsdauer für eine Infektion mit M. tuberculosis gilt bei einem Indexfall mit mikroskopisch offener Lungentuberkulose ein mindestens 8-stündiger Raumkontakt bzw. ein mindestens 40-stündiger Kontakt bei lediglich kulturellem Nachweis; dies schließt Übertragungen bei kurzer, aber intensiver Exposition jedoch keinesfalls aus […].« DZK (2011), S. 371.

tiv eine B-Symptomatik auftreten mit Abgeschlagenheit, subfebrilen Temperaturen,[69] Nachtschweiß, Appetitverlust und unklarem Husten. Bei immungeschwächten Personen kann die primäre Lungentuberkulose rasch fortschreiten. Dann nehmen die initialen Herde an Größe zu und es entstehen Kavernen. Hierbei kommt es zu einem Anschluss der entzündlichen Knötchenbildungen in der Lunge an das Bronchialsystem, was mit hoher Infektiosität der Betroffenen einhergeht, da nun viele Bakterien abgehustet werden können. Häufig bilden sich Ergüsse im Rippenfell (Pleuraergüsse). Über die Blutbahn kommt es dann meist zu einer hämatogenen Aussaat mit Befall verschiedener Organe, in denen sich granulomatöse Läsionen ausbilden. Oft heilen diese Herde ab und bleiben asymptomatisch. Bei Patientinnen und Patienten mit einer HIV-Infektion kann sich allerdings die sehr gefährliche Miliar-Tuberkulose ausbilden, bei der es – abhängig von den betroffenen Organsystemen – zu einer Vielzahl von Symptomen kommen kann und die unerkannt tödlich verläuft. Bei diesen Erkrankten sind auch extrapulmonale Lokalisationen häufig.[70] Die Diagnostik kann je nach Stadium der HIV-Infektion durch atypische Befunde und einen fehlenden labordiagnostischen Nachweis stark erschwert sein. Bei immunkompetenten Patientinnen und Patienten kommt es in einem Teil der Fälle zu Verkalkungen des primären Lungenherdes und der lokalen Lymphknoten.[71] Diese stellen sich später radiologisch als kleine Rundherde (»Ghon-Herd« bzw. mit verkalkten Lymphknoten »Ranke-Komplex«) dar. Kommt es aufgrund von schlechter Abwehrlage zu einer Reaktivierung der im Körper überdauernden Tuberkelbakterien entwickelt sich eine sogenannte postprimäre Tuberkulose. Diese kann sich auch noch Jahrzehnte nach durchgemachter Infektion manifestieren. Im Rahmen der postprimären Tuberkulose bilden sich unterschiedlich ausgedehnte Infektionsherde, vor allem in den oberen Bereichen der Lunge. Durch Kavernenbildung können diese Herde in andere Segmente der Lunge streuen und Anschluss an das Bronchialsystem bekommen. Bei einem chronischen, unbehandelten Verlauf der Erkrankung mit zunehmender Schwäche (»Schwindsucht«) sind die Erkrankten eine dauerhafte Infektionsquelle für die Umgebung, da kontinuierlich Bakterien beim Sprechen und Husten abgegeben

---

69 | Temperaturen zwischen 37,5 °C-38 °C werden als subfebrile Körpertemperaturen bezeichnet.

70 | »Die extrapulmonale Tuberkulose betrifft vor allem (in absteigender Reihenfolge) Lymphknoten, Pleura, Urogenitaltrakt, Knochen und Gelenke, Meningen [Hirnhäute], Peritoneum und Perikard [Bauchfell und Herzbeutel]. Allerdings können nahezu alle Organsysteme betroffen sein. Aufgrund der hämatogenen Disseminierung [Streuung über die Blutbahn, Anm. der Autorin] bei HIV-Infizierten ist die extrapulmonale Form der Tuberkulose heute häufiger anzutreffen als in der Vergangenheit.« Dietel et al. (2008), S. 1258.

71 | Der in der Lunge liegende Herd und die lokale Lymphknotenreaktion wird zusammen Primärkomplex genannt.

werden. Auch bei der postprimären Tuberkulose sind die Symptome oft unspezifisch: Neben einer B-Symptomatik kann sich Husten entwickeln. Der Auswurf kann im Verlauf zunehmend eitrig werden und durch Ruptur kleiner Gefäße Blutbeimengungen aufweisen. Je nach Abwehrlage und primären Streuungsherden können unterschiedliche Organsysteme zusätzlich oder ausschließlich betroffen sein. Unbehandelt soll etwa ein Drittel der Betroffenen an einer »galoppierenden Schwindsucht« innerhalb weniger Wochen oder Monate sterben.[72] So vielfältig sich die Symptomatik der Tuberkulose präsentieren kann und die klinische Diagnostik erschwert, so schwierig erweist sich ebenfalls der labordiagnostische und apparative Nachweis der aktiven Tuberkulose. Es stehen verschiedene Untersuchungen und Tests zur Verfügung: das Sputum wird an zwei bis drei hintereinander folgenden Tagen gewonnen, mikroskopisch untersucht und eine Kultur angelegt. Die Ergebnisse der Kultur liegen inzwischen bereits nach ein bis zwei Wochen vor. Ein positiver Nachweis beweist eine aktive Tuberkulose, die negative Kultur schließt sie allerdings nicht aus, wenn es z.B. noch zu keinem Anschluss an das Bronchialsystem gekommen ist.[73] Eine weitere Testungsmöglichkeit bietet der Tuberkulin-Hauttest (THT), bei dem Bestandteile von Mycobacterium tuberculosis in die Haut der Beugeseite eines Unterarms injiziert werden. Ein Test kann zwei bis acht Wochen nach Infektion mit dem Erreger positiv werden. Allerdings ist die Aussagekraft des Hauttests sehr begrenzt. Die Verhärtungen (Indurationen), die zwei bis drei Tage nach der Injektion auftreten, werden je nach Größe und Anamnese beurteilt. So gelten beispielsweise in Deutschland Indurationen von >5mm in der Querschnittmessung bei Kontaktpersonen von an Tuberkulose-Erkrankten als positiv.[74] Problematisch hierbei ist die interindividuelle unterschiedliche Beurteilung nach Untersucherin bzw. Untersucher. Es können falsch positive Ergebnisse bei vorheriger BCG-Impfung[75] oder durch Kreuzreaktionen nach Infektionen mit nicht tuberkulösen Mykobakterien auftreten. Falsch negative Testergebnisse sind möglich bei zu frischen Infektionen, bei immungeschwächten Personen (z.B. HIV/AIDS- oder Tumor-Patientinnen und -Patienten, nach Virusinfekten, im sehr jungen oder im höheren Lebensalter).[76] Bei einer Sensitivität von etwa

72 | Vgl. Dietel et al. (2008), S. 1258.

73 | Näheres hierzu siehe Herold (2012), S. 408-409.

74 | Vgl. DZK (2011), S. 375. Liegen in der Anamnese kein Verdacht auf Tuberkulose und kein Kontakt vor, so gilt für Erwachsene und Kinder ab fünf Jahren erst eine Induration ab 15 mm als positiver Testbefund.

75 | Die BCG-Impfung (benannt nach ihren Entdeckern Calmette und Guérin) wird seit 1998 in Deutschland von der STIKO aufgrund der geringen Tuberkulose-Inzidenz, dem ungünstigen Nebenwirkungsprofil und dem eingeschränktem Schutz nicht mehr empfohlen. Vgl. Robert Koch-Institut (2006b), S. 20.

76 | Vgl. CDC (2011b), S. 2.

70 %[77] sollte der Test nur bei Infektionsrisiko bzw. -verdacht, nicht aber als Screeningtest durchgeführt werden.[78] Ein relativ neuer Test mit einer höheren Sensitivität und Spezifität ist der Interferon-γ-Test (IGRA: Interferon-γ-Release-Assay), der nicht durch eine vorherige BCG-Impfung und die meisten nicht tuberkulösen Mykobakterien beeinflusst wird. Der Test kann primär oder ergänzend eingesetzt werden.[79] Allerdings kann der IGRA-Test ebenfalls nicht zwischen einer alten und frischen, latenten oder aktiven Tuberkulose-Infektion unterscheiden.[80] In der apparativen Diagnostik spielt die Röntgenaufnahme der Lunge (TRU) noch eine große Rolle. Im klassischen Befund bei Erkrankten mit Atmungsbeschwerden bzw. Husten fanden sich häufig Infiltrate und Kavernenbildung im Oberlappen der Lunge. Allerdings gibt es eine Vielzahl möglicher radiologischer Befunde, die sich insbesondere bei HIV/AIDS-Patientinnen bzw. -Patienten atypisch darstellen können. Bei Verdacht auf eine frische Infektion werden Kontrollaufnahmen in ausreichendem zeitlichem Abstand empfohlen.[81] Wesentlich sensitiver als das konventionelle Röntgen ist die computertomografische Darstellung betroffener Organe.[82] Der empfohlene Ablauf der Tuberkulose-Diagnostik ist sehr komplex. Zusätzlich zur Diagnostik einer latenten bzw. aktiven Tuberkulose muss auch stets eine Resistenzbestimmung gegenüber den Standardtherapiepräparaten und ggf. Zweitrangmedikamenten erfolgen. In der Behandlung der Tuberkulose ist es zentral, die Begleitumstände der Patientinnen und Patienten zu beachten. Dazu gehören Begleiterkrankungen, Risikofaktoren, frühere Tuberkulose-Erkrankungen und die Lebensumstände. Bei einer infektiösen Tuberkulose müssen die Erkrankten isoliert werden. Das bedeutet bei mangelnden ambulanten Möglichkeiten, eine stationäre Behandlung durchzuführen. Es gibt fünf Standardmedikamente, die ein unterschiedliches Nebenwirkungsprofil aufweisen. Daher sollten im Verlauf der Behandlung die entsprechenden gefährdeten Organe (z.B. Leber, Niere, Nervensystem und

---

77 | Die Angabe zur Sensitivität ist nur sehr eingeschränkt gültig, da es keinen Goldstandard für die Diagnose einer LTBI gibt und daher nur auf Surrogatparameter zurückgegriffen werden kann.

78 | Vgl. Herold (2012), S. 409.

79 | Inzwischen wird der IGRA-Test bei Jugendlichen und Erwachsenen über 15 Jahren laut Empfehlungen des Deutschen Komitees zur Bekämpfung der Tuberkulose (DZK) als primärer Test empfohlen.

80 | Eine latente tuberkulöse Infektion (LTBI) beschreibt einen positiven Tuberkulin-Hauttest sowie einen positiven IGRA-Test ohne einen radiologischen Nachweis eines Organbefundes.

81 | Das Deutsche Komitee zur Bekämpfung der Tuberkulose (DZK) empfiehlt die Röntgenaufnahme bei symptomatischen Kontaktpersonen und nach positivem Testbefund (IGRA oder THT).

82 | Siehe hierzu den Beitrag von Eisenhuber et al. (2007).

Auge) regelmäßig kontrolliert werden, um eine drohende Schädigung rechtzeitig zu erkennen.[83] Bei unkomplizierten Tuberkulosen werden in den ersten zwei Monaten vier Präparate in Kombination gegeben, für die folgenden vier Monate noch zwei Medikamente, so dass im unkomplizierten Fall die Therapiedauer sechs Monate beträgt.[84] Es wird, vom jeweiligen Risikoprofil abhängig, empfohlen, Betroffene etwa zwei Jahre lang nachzukontrollieren. Bei Resistenzen gegen einzelne Standardmedikamente kann die Therapie wesentlich länger dauern. Auch gestaltet sich das Behandlungsmanagement z.B. bei HIV/AIDS-Patientinnen und -Patienten wesentlich schwieriger, da viele Interaktionen zwischen der HIV- und Tuberkulosemedikation bestehen, so dass die Therapie nur von Schwerpunktpraxen bzw. -ambulanzen eingeleitet und überwacht werden sollte. Bei Kontaktpersonen ab 15 Jahren von nachweislich an einer ansteckenden Tuberkulose Erkrankten sollten acht Wochen nach dem Kontakt ein IGRA-Test (synonym IFN-γ-Test) durchgeführt werden.[85] Eine Chemoprävention wird bei positivem IGRA-Test eingeleitet bzw. muss je nach Alter der Patientin/des Patienten aufgrund des ausgeprägten Nebenwirkungsprofils sehr sorgfältig abgewogen werden.[86] Das CDC empfiehlt in ihren »*Recommendations*« vom De-

83 | Vgl. DZK (2001), S. 508.

84 | Vertiefend zu den einzelnen Medikamenten und Therapievorgehen siehe WHO (2010b), S. 34. Das DZK empfiehlt in seinen zuletzt veröffentlichten Therapierichtlinien von 2001 ebenfalls dieses Behandlungsschema. Das Robert Koch-Institut (2009c) hat in seiner zuletzt im März 2009 aktualisierten Fassung des RKI-Ratgebers für Ärztinnen und Ärzte auf diese Therapierichtlinien des DZK verwiesen.

85 | Bei Risikopatientinnen und -patienten sowie bei Erwachsenen ≥50 Jahren kann zusätzlich oder initial eine TRU angefertigt werden.

86 | Ab 50 Jahren muss das individuelle Risiko besonders abgewogen werden, da ab diesem Alter eine höhere Gefahr für eine Schädigung der Leber als unerwünschte Arzneimittelwirkung der Chemoprävention auftreten kann. In jedem Fall sollte hier engmaschig nachkontrolliert bzw. betreut werden. Kinder unter fünf Jahren, die Kontakt zu einer nachweislich infektiösen Person hatten und bei denen mittels einer TRU eine aktive Tuberkulose ausgeschlossen ist, müssen unverzüglich chemoprophylaktisch behandelt werden, da sie ganz besonders von schweren Verläufen der Tuberkulose mit hoher Letalität bedroht sind. Vgl. DZK (2011), S. 372. Parallel zur medikamentösen Prophylaxe wird ein THT durchgeführt, der mit dem IGRA-Test nachgeprüft und acht Wochen nach Kontakt wiederholt wird. Erneut muss eine aktive Tuberkulose mittels TRU ausgeschlossen werden. Bei positivem Testergebnis wird im Normalfall eine Chemoprävention für neun Monate durchgeführt. Das IGRA wird für diese Altersgruppe aufgrund der geringen Datenlage nicht als primäres Testinstrument empfohlen. Vgl. CDC (2010a), S. 11. Das Prozedere bei Kindern zwischen fünf und 14 Jahren unterscheidet sich darin, dass die Testergebnisse abgewartet werden können und eine TRU initial auch nicht unbedingt notwendig ist. Erst bei positivem Testergebnis wird eine Chemoprävention eingeleitet.

zember 2011 statt zur bisherigen Prävention ein Medikament für neun Monate zu nehmen, die Einnahme zweier Medikamente für zwölf Wochen als »*directly observed therapy*«. Studien zeigen einen höheren Anteil derer, die diese Behandlung bis zum Abschluss komplett durchführten.[87] Die »*directly observed therapy*« (DOT) soll als eine Komponente die Adhärenz der Patientinnen und Patienten durch folgende Maßnahmen erhöhen: Ein *health worker* oder eine andere dazu bestimmte Person soll folgende Aufgaben wahrnehmen: »Check for side effects, verify medication, watch patient take pills and document the visit«. Häufig sind auch folgende Aspekte Bestandteile von DOT:[88]

»Helping patients keep appointments, Providing effective education to patients and key, individuals in the patient's social environment, Offering incentives to encourage adherence, Providing social services to ensure patient's needs are being addressed so adherence to therapy can become a priority«.

DOT wurde von der WHO als ein Baustein in den sechs Komponenten der »*Stop TB Strategy*« integriert, um die Tuberkulose relevanten »*Millennium Development Goals (MDG)*«[89] zu erreichen. In der Bekämpfung der Tuberkulose ist die sogenannte »*directly observed treatment short course*« *(DOTS)* zentrales Prinzip, zu der die »*directly observed therapy*« gehört. DOTS setzt sich zusammen aus:

»1.) Political commitment with increased and sustained financing
2.) Case detection through quality-assured bacteriology
3.) Standardized treatment with supervision and patient support
4.) Effective drug supply and management system
5.) Monitoring and evaluation system, and impact measurement.«[90]

Ziel ist auch die Entwicklung resistenter Erreger zu verhindern und die Erkrankten, die bereits mit resistenten Erregern infiziert sind, effektiv und zielgerichtet zu behandeln, um eine Weiterverbreitung resistenter Tuberkelbakterien zu verhindern. Ursache der Resistenzen sind fehlende neue first-line-Medikamente und die falsche bzw. inkomplette Behandlung von Patientin-

87 | Siehe hierzu CDC (2011a).

88 | Ausführlicher zu DOT siehe CDC (2010b).

89 | MDG 6 legt fest, HIV/AIDS, Malaria und andere Erkrankungen zu bekämpfen. Als Ziel sind der Stopp und die Umkehr der bisher zunehmenden Inzidenzen dieser Erkrankungen formuliert. Die Prävalenz und die Mortalitätsrate der Tuberkulose-assoziierten Fälle gelten als ein Indikator sowie entdeckte und geheilte Tuberkulosefälle als ein weiterer, um das formulierte Ziel zu erreichen. Vgl. WHO (2006), S. 8.

90 | Vgl. WHO (2006), S. 9-11 und WHO (2010a), S. 26-27.

nen und Patienten.[91] So zeigt das RKI beispielsweise, dass das Auftreten von Resistenzen unter Vorbehandelten wesentlich höher ist, als unter den primär Therapierten.[92] Daher muss bei jeder behandlungsbedürftigen Tuberkulose ein Erregernachweis mit Resistenzbestimmung erfolgen, um die richtige Therapie einzuleiten.

4.2.2 Epidemiologie

Die Tuberkulose gehört zu den namentlich meldepflichtigen Erkrankungen (§ 6 IfSG). Die Meldung bei Verdacht, Erkrankung oder Tod einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose muss durch das feststellende ärztliche Personal[93] unverzüglich, spätestens innerhalb von 24 Stunden, an das zuständige Gesundheitsamt erfolgen. Ausschlaggebend für die Meldung ist, dass eine Behandlung eingeleitet werden muss oder – im Falle des Todes – hätte eingeleitet werden müssen. Bei einem direkten Erregernachweis hat das Labor ebenfalls eine namentliche Meldung vorzunehmen. Neben Namen, Geburtsdatum und Staatsangehörigkeit müssen im Meldebogen die Anschrift des derzeitigen Aufenthaltsortes angegeben werden sowie Informationen zum vermutlichen Infektionsort und der Infektionsquelle (§ 9 Abs. 1 IfSG). Das Gesundheitsamt hat die Aufgabe sicherzustellen, dass eine Fachärztin bzw. ein Facharzt die notwendigen Untersuchungen zeitgerecht durchführt. Auch das Behandlungsergebnis wird erfasst und an die übergeordneten Behörden weitergeleitet. Das Amt muss die erforderlichen Umgebungsuntersuchungen zur Ermittlung von Ansteckungsquellen und Ausbreitungswegen durchführen (§ 25 IfSG). Das kann auch beinhalten, die Patientinnen und Patienten in ihren Lebensverhältnissen aufzusuchen:

> »Um eine zielgerichtete, eingegrenzte Umgebungsuntersuchung planen zu können, sollten Verhalten und Lebensstil des Patienten in seiner vertrauten Umgebung exploriert werden. Dies ermöglicht am besten, familiäre und partnerschaftliche Bindungen sowie freundschaftliche Kontakte in Hinblick auf die Übertragung der Tuberkulosebakterien zu beurteilen.«[94]

91 | Zu den Prinzipien der WHO im Zusammenhang mit resistenten Erregern siehe WHO (2006), S. 12. Zur Epidemiologie in der EU/EFTA im Jahr 2008 siehe European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) (2010), S. 20.

92 | Siehe hierzu auch Van der Werf et al. (2011).

93 | Alternativ müssen auch andere Angehörige der Heilberufe, Heilpraktiker/-innen oder z.B. Führer/-innen von Flugzeugen oder Schiffen die Meldung bei Verdacht einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose vornehmen (§ 8 IfSG).

94 | Diel et al. (2011), S. 373.

Außerdem führt das Gesundheitsamt die Angaben nach der Falldefinition[95] des RKI von ärztlicher Seite sowie einem labordiagnostischen Nachweis zusammen. Das Amt hatte bisher die Angaben nicht namentlich bis spätestens zum dritten Arbeitstag der Folgewoche an die zuständige Länderbehörde weiterzugeben, die die Daten innerhalb einer Woche an das RKI übermittelte. Zum 29.03.2013 wurden die Übermittlungsfristen meldepflichtiger Erregernachweise, Erkrankungen und Todesfälle jeweils auf den folgenden Arbeitstag verkürzt (§11 Abs. 1 IfSG).[96] Für die Fragestellung dieser Arbeit ist außerdem der im IfSG festgelegte Umgang mit den erhobenen Daten relevant: »Das Gesundheitsamt darf die gemeldeten personenbezogenen Daten nur für seine Aufgaben nach diesem Gesetz verarbeiten und nutzen« (§9 Abs. 5 IfSG). Da §19 IfSG die Kostenübernahme bei offensichtlicher Bedürftigkeit durch öffentliche Mittel vorsieht und die Umgebungsuntersuchungen ebenfalls aus diesen zu bestreiten sind (§69 IfSG), wäre auch aus Fragen der Kostenübernahme eine Datenübermittlung an die Ausländerbehörde bei Menschen ohne Papiere nicht erforderlich.[97] Bei der Meldung von Tuberkulose wird sowohl Geburtsort als auch Staatsangehörigkeit angegeben. Insgesamt nimmt die absolute Zahl der gemeldeten Tuberkulosefälle in den letzten Jahrzehnten in Deutschland ab. Wurden im Jahr 1991 noch über 13.400 Fälle gemeldet, lag die Zahl im zuletzt veröffentlichten Zeitraum von 2009 bei 4.444 gemeldeten Fällen. Zwar gab es in den Jahren 1992 und 1993 einen leichten Anstieg, doch nahm die Zahl der Erkrankten in den Folgejahren Jahr für Jahr ab. Auch die Inzidenz, angegeben pro 100.000 Einwohnerinnen/Einwohnern (EW) nach den Bevölkerungsdaten des Statistischen Bundesamtes, sank von 16,8 im Jahr 1991 auf 5,4 Fälle 2009 pro 100.000 EW.[98]

Proportional zu ihrem Anteil in der Bevölkerung sind Menschen mit einer ausländischen Staatsangehörigkeit wesentlich häufiger von einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose betroffen. Für das Jahr 2009 gibt das RKI eine 5,6-mal so hohe Inzidenz bei Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit an gegenüber der deutschen Bevölkerung. Der Abstand zwischen den Inzidenzen

---

95 | Vgl. Robert Koch-Institut (2007), S. 100-101.

96 | Nun hat die Meldung an die zuständige Landesbehörde am folgenden Arbeitstag »sowie von dort spätestens am folgenden Arbeitstag an das Robert Koch-Institut« zu erfolgen (§ 11 Abs. 1 IfSG).

97 | Siehe Näheres zu § 19 IfSG in Kapitel 2.4.3 sowie zu den Kosten der Umgebungsuntersuchungen die genannten §§ im IfSG und Diel et al. (2011), S. 385.

98 | Vgl. die Angaben der Gesundheitsberichterstattung des Bundes zu: »Nach dem Bundesseuchengesetz gemeldete Zugänge an aktiver Tuberkulose gemäß ICD-9 010-018, 137 absolut und je 100.000 Einwohner« für beide Geschlechter, alle Nationalitäten und alle Arten der Tuberkulose: www.gbe-bund.de, Tabellenerstellung [21.02.2012] sowie Robert Koch-Institut (2011d), S. 30.

hat sich seit 2001 verringert, auch nimmt sie in beiden Gruppen im Zeitverlauf ab, wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung. Wie viele selbst migrierte Menschen sich unter den Erkrankten mit einer ausländischen Staatsangehörigkeit befinden, darüber gibt die Statistik keine Auskunft und in diesem Zusammenhang auch nicht über den Aufenthaltsstatus. Die Angabe zur Staatsangehörigkeit kann nur ein Hinweis sein, dass Tuberkulose auch bei undokumentierten Migrantinnen und Migranten eine Rolle spielen könnte. Da es keine Referenzangabe in der amtlichen Statistik zum Anteil der Menschen mit einem anderen Geburtsland als Deutschland gibt, können für diese Gruppe keine Inzidenzen angegeben werden, als Hinweis auf den Anteil derer, die selbst migriert sind. Allerdings deutet der seit dem Jahr 2001 bis zum Jahr 2009 in etwa gleichbleibende Anteil von 41 % bis 45 %[99] Menschen mit einem anderen Geburtsland als Deutschland unter den gemeldeten Tuberkulosefällen darauf hin, dass die Menschen mit eigener Migrationserfahrung deutlich überrepräsentiert sind und von der Statistik zur Staatsangehörigkeit nicht ausreichend erfasst werden. Von den 65,3 % der Menschen mit deutscher Staatsangehörigkeit waren 55,4 % in Deutschland geboren.[100] Auch zwischen den Geschlechtern existiert eine unterschiedliche Häufung der Tuberkulosefälle. Über den Zeitverlauf sind Männer stets häufiger von einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose betroffen als Frauen. Zuletzt lag im Jahr 2009 die Inzidenz für Männer 1,5-mal so hoch wie die für Frauen. Ab 40 Jahren etwa manifestiert sich dieser Unterschied. Die Inzidenz steigt in der deutschen Bevölkerung ab fünf Jahren mit zunehmendem Alter. In der Bevölkerung mit einer ausländischen Staatsangehörigkeit gibt es hingegen drei Altersgipfel: »Den ersten bei Kindern unter 5 Jahren, einen weiteren in den mittleren Altersgruppen mit einem Maximum bei den 25- bis 29-Jährigen sowie in den höheren Altersgruppen ein drittes Maximum bei den über 69-Jährigen.«[101] Der Altersmedian unterscheidet sich daher deutlich zwischen der deutschen und der ausländischen Bevölkerung. Bei Ersteren liegt er bei 57 Jahren, bei Letzteren deutlich darunter mit 36 Jahren. In dem Zusammenhang weist das RKI darauf hin, dass die Unterschiede in der Altersstruktur der Tuberkulosefälle tatsächlich bestehen, eine Altersstandardisierung der Daten wurde vorgenommen. Eine mögliche Erklärung für die unterschiedliche Altersverteilung könnte darin liegen, dass sich der Lebensstandard in Deutschland in den letzten Jahrzehnten wesentlich verbessert hat und über dem vieler anderer europäischer und außereuropäischer Staaten

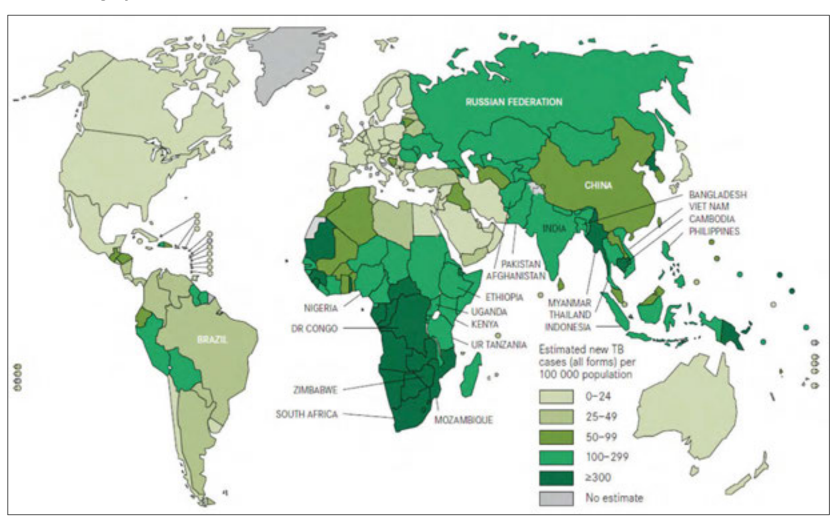
99 | Vgl. Robert Koch-Institut (2012b) und die Angaben in den Berichten zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland von 2001 bis 2009.

100 | Vgl. Robert Koch-Institut (2011d), S. 23.

101 | Robert Koch-Institut (2011d), S. 20.

liegt.[102] Vorwiegend ältere Menschen in Deutschland könnten sich vor allem im früheren Lebensalter mit Tuberkelbakterien angesteckt haben, bedingt durch damals schlechtere hygienische Bedingungen, beengtere Wohnverhältnisse, eine schlechtere Ernährungslage und einen eingeschränkteren Zugang zur medizinischen Versorgung.[103] Diese Bedingungen gelten für eine breitere Bevölkerung in anderen Staaten noch nach wie vor, so dass Menschen mit einer ausländischen Staatsangehörigkeit auch in jüngeren Jahren von Tuberkulose häufiger betroffen sein können. Die bisherigen Schätzungen sowie Auswertungen der medizinischen Anlaufstellen für Menschen ohne Papiere weisen darauf hin, dass es sich um eine junge Population handelt mit einem Peak bei den 20- bis 40-Jährigen.[104] Betrachtet man den Altersmedian der ausländischen Staatsangehörigen bei den Tuberkulosefällen in Deutschland könnten Migrantinnen und Migranten ohne Papiere überproportional von Tuberkulose betroffen sein. Die Inzidenzen liegen in vielen anderen Staaten auch deutlich über dem Wert für Deutschland; eine Übersicht gibt die Abb. 15.

Abbildung 15: Estimated Tuberculosis Incidence rates, 2010



Quelle: WHO (2011), S. 14.

102 | Zum Vergleich mit anderen europäischen Staaten siehe Statistisches Bundesamt (Destatis) et al. (2011), S. 417-426.

103 | Zwar beträgt der Anteil der Ersterkrankungen im Jahr 2009 nur 13,5 %, doch könnten viele ältere Menschen zu einem früheren Zeitpunkt gar nicht diagnostiziert worden sein und es sich nun um eine Reaktivierung handeln.

104 | Zur geschätzten Altersstruktur der undokumentierten Migrantinnen und Migranten in Deutschland siehe Kapitel 2.2.

In der Türkei, als dem Land, welches das am häufigsten genannte andere Geburtsland unter den hier gemeldeten Tuberkulosefällen ist, kamen im Jahr 2010 etwa 28 Neuerkrankungen [CI: 23-34] auf 100.000 EW.[105] Eine Studie des Gesundheitsamtes Bremen zu den Erkrankungen von Asylsuchenden von 2001 bis 2008 ergab für den achtjährigen Zeitraum eine Prävalenz von 265 auf 100.000 bei einer allerdings sehr niedrigen absoluten Fallzahl von sechs Personen im gesamten Zeitraum.[106] Ein wichtiger Marker für die Kontrolle der Tuberkulose stellt der Anteil der offenen Lungentuberkulose dar. Wird der Erreger im mikroskopischen Präparat nachgewiesen, ist die Ansteckungsgefahr für die Umgebung besonders groß. Daher müssen diese Fälle so früh als möglich entdeckt bzw. verhindert werden. Die Inzidenz der offenen Lungentuberkulose ist hauptsächlich bei Menschen mit einer anderen Staatsangehörigkeit angestiegen, so dass sie im Jahr 2009 4,7-mal so hoch ist wie in der deutschen Bevölkerung.[107] Werden die Wege zur Diagnosestellung dargestellt, zeigt sich seit 2001 eine Zunahme der passiven Fallsuche. Das bedeutet, die behandlungsbedürftige Tuberkulose wird im Rahmen der Abklärung von Symptomen bei Personen, die einen Arzt oder Ärztin aufsuchen, oder als Zufallsbefund festgestellt. Die aktive Fallsuche in Form von Umgebungsuntersuchungen bei gemeldeten Tuberkulosefällen, Screenings vor der Aufnahme in Betreuungs- oder Versorgungseinrichtungen wie Asylbewerberheimen, Altersheimen oder JVAs bzw. in Gemeinschaftseinrichtungen, wo sich überwiegend Säuglinge, Kinder und Jugendliche aufhalten, spielen nur eine untergeordnete Rolle. Allerdings ist gerade bei Kindern die aktive Fallsuche von besonderer Bedeutung. Fast die Hälfte aller Tuberkulosefälle im Kindesalter ist zuletzt durch die aktive Fallsuche entdeckt worden.[108] Die Auswertung der Daten durch das RKI zeigt das wesentlich häufigere Auftreten von jeglichen Resistenzen und Multiresistenzen (MDR)[109] bei nicht in Deutschland geborenen Erkrankten. 2009 waren MDR 5-mal so häufig bei Menschen anzutreffen, die in einem anderen Land geboren worden waren. Insbesondere bei Menschen mit dem Geburtsland in der GUS oder den baltischen Staaten (zusammengefasst als NUS) wurden häufig Resistenzen beobachtet.[110] Die höchsten Prävalenzen von jeglicher

105 | Vgl. WHO (2012).

106 | Vgl. Gesundheitsamt Bremen (2011), S. 51.

107 | Vgl. RKI (2011d), S. 30.

108 | Vgl. Robert Koch-Institut (2011d), S. 40.

109 | INH, RMP, PZA, EMB und SM sind die Abkürzungen für die fünf Standardmedikamente in der Tuberkulosetherapie. Als jegliche Resistenz wird bezeichnet, wenn ein Erreger gegen eines der Medikamente resistent ist. Bei Resistenzen gegen INH und RMP und ggf. weiteren wird dies als Multiresistenz (MDR) bezeichnet. Die Polyresistenz bezeichnet ein Nichtansprechen auf mindestens zwei Antibiotika außer INH und RMP.

110 | Vgl. Robert Koch-Institut (2011d), S. 47-53.

Resistenz als auch für MDR finden sich allerdings für den Zeitraum 2002 bis 2007 auch in Moldawien, Aserbaidschan, Usbekistan, Georgien, Ukraine, Russland und den baltischen Staaten.[111] Daher ist es nicht verwunderlich, dass Menschen mit Geburtsort in einem der genannten Länder auch in Deutschland den relativ höchsten Anteil an resistenten Erregern aufweisen. Der krankheitsbedingte Tod an Tuberkulose hat sich insgesamt nicht stark verändert und liegt seit 2007 bei etwa 0,2 pro 100.000 EW, die Letalität liegt, ebenfalls weitgehend unverändert zum Vorjahr, bei 3,5 %.[112] In der geografischen Verteilung der Tuberkulose-Inzidenz stellen sich die bevölkerungsdichten Regionen wie die Großstädte Hamburg, Bremen und Berlin mit den überdurchschnittlichen Inzidenzen dar. Ursächlich ist hierfür sicherlich der insgesamt höhere Anteil an Menschen mit einer nicht deutschen Staatsangehörigkeit als auch von Menschen mit schwierigeren sozioökonomischen Verhältnissen.

4.2.3 Spezifische Herausforderungen

In den »Empfehlungen für die Umgebungsuntersuchungen bei Tuberkulose« des DZK aus dem Jahr 2011 sind in einer Tabelle »soziale und organisatorische Probleme der Indexfälle[113] und Kontakte zu den zuständigen Behörden« in einer Zeile sogar »Migranten mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus« aufgeführt. Die Autorinnen und Autoren aus verschiedenen Universitätskliniken, dem DZK, dem RKI sowie aus unterschiedlichen Gesundheitsämtern verweisen dabei auf das Problem des »illegalen Aufenthalts«. Als »Kontakt zu Behörde« wird die »Aufenthaltsfeststellung durch die Ausländerbehörde« genannt.[114] In dem Artikel wird auf diesen Punkt nicht eingegangen, so dass nur dieser Hinweis in der genannten Tabelle bleibt. Zwar wird auch betont, dass

> »[d]ie notwendigen Ermittlungen, um Hinweise auf eine Ansteckungsquelle oder die Ausbreitung der Tuberkulose zu erhalten und eine Liste der Kontaktpersonen aufzustellen, nur dann Erfolg versprechend [sind], wenn beim ersten Kontakt mit dem Tuberkulosekranken eine Atmosphäre gegenseitigen Vertrauens geschaffen und die erkrankte Person für eine Kooperation gewonnen werden kann.«[115]

111 | Vertiefend hierzu siehe Wright et al. (2009).

112 | Vgl. Robert Koch-Institut (2011d), S. 53-54.

113 | Der Indexfall ist die Person, bei der primär die behandlungsbedürftige Tuberkulose diagnostiziert worden ist und die Kontaktpersonen eruiert werden.

114 | Vgl. DZK (2011), S. 373.

115 | Ebd.

Doch in Hinblick auf die Empfehlung im Umgang mit »illegalem Aufenthalt« kann dies zumindest für ärztliches Personal, das bisher wenige Erfahrungen mit undokumentierten Migrantinnen und Migranten hat, eine missverständliche Anleitung zum Prozedere darstellen. Die Schaffung einer vertrauensvollen Atmosphäre ist bei Menschen ohne Papiere eine große Herausforderung. Kontaktpersonen müssen genannt werden, um der bevölkerungsmedizinischen Aufgabe als auch dem Schutz der individuellen Gesundheit der Betroffenen gerecht zu werden. Die Hürde für undokumentierte Migrantinnen und Migranten, Menschen aus dem Umfeld zu nennen, ist aus Angst vor der möglichen Weitergabe der Daten an die Ausländerbehörde ungemein groß. Qualitative Arbeiten legen nahe, dass sich Meldungen an die Behörden im Zuge ärztlichen Kontaktes bei den Betroffenen sehr schnell herumsprechen[116] und sich somit die Wahrscheinlichkeit für das jeweilige Gesundheitsamt minimiert, dass sich erkrankte Personen melden. Eine umfassende Information über das anonyme Angebot der Gesundheitsämter hat daher elementare Bedeutung, damit das Amt vertrauensvoll von allen Menschen aufgesucht werden kann. Wie bei allen Zugewanderten, die nicht ausreichend deutsch sprechen, spielt die Übersetzung bzw. Sprachmittlung eine wichtige Rolle. Die beengten Wohnverhältnisse, die bei undokumentierten Migrantinnen und Migranten vermutlich häufiger anzutreffen sind,[117] können eine ambulante Isolierung schwieriger gestalten. Da sich die Therapie der aktiven Tuberkulose auf mindestens sechs Monate beläuft und optimalerweise als *directly observed therapy* gehandhabt wird, geht dies mit besonderen Herausforderungen in der Behandlung von Menschen ohne Papiere einher. Das Gesundheitsamt begleitet die Erkrankten von der Diagnosestellung bis zum Ende der Behandlung. Der Gang zur ärztlichen Versorgung und die Finanzierung der Medikation wie der Begleituntersuchungen müssen sichergestellt sein. Immerhin 71,2 % aller im Jahr 2009 gemeldeten Neuerkrankten wurden im Laufe ihrer Erkrankung stationär aufgenommen. Zwar lag der Anteil bei den Menschen mit einer ausländischen Staatsangehörigkeit etwas unter diesem Wert, doch es sind noch immer weit über die Hälfte der Betroffenen, die eine stationäre Behandlung benötigen.[118] Diese geht mit anderen finanziellen Herausforderungen einher als eine ambulante Therapie.

116 | Siehe hierzu beispielsweise Huschke (2011), S. 219.

117 | Vgl. Bommes/Wilmes (2007), S. 50, Diakonie Hamburg/Landesverband der Inneren Mission e.V. (2009), S. 233, Krieger et al. (2006), S. 14.

118 | Vgl. Robert Koch-Institut (2011d), S. 35.

4.3 HIV/AIDS

»Eine frühzeitige Diagnose der HIV-Infektion ist wichtig: Sie ermöglicht nicht nur den Patienten den Zugang zur antiretroviralen Therapie, sondern sie hilft auch, eine Transmission der Erkrankung zu verhindern.«
Christian Noah, 2011[119]

4.3.1 Die Infektion mit dem HI-Virus

Das HI-Virus gehört zu den Retroviren, die das Enzym Reverse Transkriptase besitzen, welches die Virus-RNS in virale DNS umschreibt, nachdem es in die Wirtszelle eingedrungen ist. Die virale DNS wird in die Wirtszelle integriert und führt zu Replikationen des Virus durch die befallene Zelle. Das HI-Virus ist lymphotrop und neurotrop, was bedeutet, dass das Virus primär das Lymphsystem und das nervale System schädigt. Dies ist relevant für die HIV-assoziierten Erkrankungen. Das HI-Virus benötigt bestimmte Rezeptoren an einer Zelloberfläche, um in die Zelle eindringen zu können. Neben weiteren Ko-Rezeptoren ist insbesondere das CD4-Glykoprotein als Rezeptor an bestimmten Lymphozyten, Makrophagen, Mikrogliazellen des ZNS und weiteren Zellen relevant. Etwa 60 % der sogenannten T-Lymphozyten besitzen an ihrer Oberfläche das CD4-Bindungsprotein. Die Anzahl dieser CD4-Zellen ist sehr wichtig für die Stadien-Einteilung und damit für die Entscheidung zum Therapieanfang und zur Prognose. Nach der Infektion werden Antikörper gebildet, allerdings kommt es nicht zu einer vollständigen Viruseliminierung. In einigen Zellen ruht die virale DNS und wird erst durch Antigenkontakt in die DNS der Wirtszelle integriert.[120] Der Zeitabstand zwischen der Infektion und dem Auftreten von Antikörpern gegen das HI-Virus liegt zwischen zwei Wochen und drei Monaten, in wenigen Fällen ist diese serologische Inkubationszeit länger. Nach zwölf Wochen sind allerdings in 95 % der Fälle die HIV-Antikörper nachweisbar. Dies ist deshalb wichtig, weil der HIV-Test ein Antikörpersuchtest ist, der also erst nach der Bildung von HIV-spezifischen Antikörpern ein positives Testergebnis ergibt. Die neueste, die vierte, Generation des HIV-Tests ist ein »Combotest«, der nicht nur auf HIV-Antikörper testet, sondern auch ein bestimmtes Antigen des HIV-1 nachweisen kann und damit das »diagnostische Fenster«[121] verkürzt. Der Test bleibt allerdings ein

119 | Noah (2011), S. 15.

120 | Vgl. Hoffmann/Rockstroh (2011), S. 23-32.

121 | Mit dem »diagnostischen Fenster« wird der Zeitraum bezeichnet, der zwischen der Infektion mit dem Erreger und dem labordiagnostisch messbaren Nachweis der Infektion anhand von z.B. Antikörpern oder Antigenen liegt. Vgl. Noah (2011), S. 18.

Stufentest. Ist der Suchtest »reaktiv«, weist also Antikörper oder das p24-Antigen nach, muss unbedingt ein weiterer Test erfolgen. Im Bestätigungstest wird nach verschiedenen Antikörpern gegen das HI-Virus gesucht. Erst bei Bestätigung in diesem zweiten Test wird von einem positiven Testergebnis gesprochen und sollte so mit den betroffenen Personen kommuniziert werden. Keinesfalls sollte bereits bei einem reaktiven Suchtest von einem positiven HIV-Testergebnis gesprochen werden. Bei einer zwar insgesamt hohen Spezifität des Tests von 99,5 %[122] erhalten fünf von 1.000 Getesteten falsch positive Ergebnisse. Durch die serielle Testung wird eine höhere Netto-Spezifität erreicht. Darüber hinaus sollte bei positivem Befund wegen der gravierenden Konsequenzen eine Kontrolle erfolgen, um eine Verwechslung auszuschließen. Liegt ein Hinweis auf eine Exposition vor, wird aktuell eine Testung nach zwei und sechs Wochen sowie bei erneut negativem Test ein weiterer nach drei Monaten empfohlen, um sicher eine HIV-Infektion auszuschließen. Weitere Testverfahren wie der HIV-Schnelltest und die HIV-PCR sind spezifischen Fragestellungen vorbehalten. Die aktuellen Tests können sowohl Antikörper für HIV-1 und -2 als auch für die verschiedenen Subtypen nachweisen.[123] Nach der Infektion mit dem HI-Virus erkranken 40-90 %[124] der Infizierten an einer grippeähnlichen Symptomatik (»akutes retrovirales Syndrom«). Am häufigsten wird über Fieber zwischen 38°C und 40°C geklagt, außerdem gehören ein makulopapulöses Exanthem[125], Abgeschlagenheit und Gelenkschmerzen zu den häufigen Symptomen, die meist nicht länger als eine oder eineinhalb Wochen anhalten. Da die Symptomatik sehr unspezifisch ist, wird selten in dieser frühen Phase die HIV-Infektion differenzialdiagnostisch berücksichtigt. Die Transmissionsgefahr ist in dieser Situation allerdings sehr hoch, da der oder die Betroffene noch nicht über die eigene Infektion informiert, in der akuten HIV-Infektion die Anzahl der Viren sehr hoch ist und die CD4-Zellen sehr stark abnehmen. Mit der hohen Viruslast ist eine erhöhte Übertragungsgefahr verbunden. Nach Ende der akuten Infektionsphase kommt es zu einem Abfall der HIV-Anzahl und zu einem Wiederanstieg der CD4-Zellen. Die Virusmenge zu diesem Zeitpunkt wird als viraler Setpoint bezeichnet,

122 | Ebd., S. 16.

123 | Der Typ HIV-2 kommt nur in wenigen Regionen Westafrikas vor, daher beziehen sich folgende Angaben zur Symptomatik auf eine Infektion mit dem HI-Virus-1, das den weltweit häufigsten Typ darstellt. Von diesem Virus-Typ gibt es wiederum drei Hauptgruppen mit verschiedenen Subtypen, die unterschiedliche regionale Häufungen aufweisen. Vgl. Herold (2012), S. 869.

124 | Vgl. Hoffmann/Rockstroh (2011), S. 50. Ein Teil der Infizierten bleibt asymptomatisch, sind allerdings ansteckungsfähig.

125 | Entzündliche fleckige Hautveränderung mit Knötchenbildung vorwiegend an Rumpf und Hals sowie im Gesicht.

der als starker Prädiktor für die weitere Progression der Erkrankung gilt.[126] Auch die Geschwindigkeit des Abfalls der CD4-Zellen sowie genetische Faktoren und das Alter sind weitere wichtige Faktoren der Krankheitsprogression und zu berücksichtigen bei der Entscheidung zum Therapiebeginn. Unbehandelt tritt im Durchschnitt nach acht bis zehn Jahren AIDS auf; auch hier ist die Zeitspanne abhängig von verschiedenen Faktoren wie Immunstatus, Alter, HIV-Replikationsrate, Lebensbedingungen etc. Man geht davon aus, dass unbehandelt 90 % der HIV-Infizierten an AIDS sterben.[127] Durch den Immundefekt infolge der Abnahme der CD4-T-Helferzellen und anderen Zellen der weißen Blutkörperchen oder deren Dysfunktion wird das Entstehen bestimmter Erkrankungen begünstigt. Hinweisend ist der Anstieg der Viruslast bzw. ein Abfall der T-Helferzellen. Zu den Nicht-AIDS-definierenden Erkrankungen gehören eine ganze Reihe von Infektionserkrankungen und anderen Veränderungen, die unbedingt behandlungsbedürftig sind. Dazu zählen beispielsweise die Besiedlung des Mund- und Rachenraumes mit dem Pilz Candida albicans, eine Infektion durch Listerien-Bakterien, die zu schweren Verläufen mit Meningitis, Meningoencephalitis und Sepsis führen können oder ein »Carcinoma-in-situ« im Gebärmutterhals sowie viele weitere Erkrankungen.[128] Aus diesem Grund ist eine engmaschige ärztliche Kontrolle von HIV-Infizierten unabdingbar, um rechtzeitig eine Therapie einzuleiten oder die antiretrovirale Therapie ein- bzw. umzustellen. Der Übergang zur AIDS-Erkrankung wird definiert durch bestimmte Krankheiten, die überwiegend als opportunistische Infektionen auftreten. Das sind Infektionen, die durch Erreger hervorgerufen werden, die sich auch beim gesunden Menschen finden, dort allerdings vom Immunsystem beherrscht werden, so dass keine Krankheitssymptome auftreten. Die US-amerikanische Behörde für öffentliche Gesundheit, *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), haben eine international verwendete Liste an AIDS-definierenden Erkrankungen aufgestellt, die etwa 25 verschiedene Krankheiten umfasst. Neben Infektionen verschiedener Organsysteme zählen eine Reihe von Tumorerkrankungen zu den AIDS-definierenden Krankheiten wie das Kaposi-Sarkom, Non-Hodgkin-Lym-

126 | Vgl. Streeck/Altfeld (2011), S. 53.

127 | Vgl. Hoffmann/Rockstroh (2011), S. 10.

128 | Meningitis ist eine Entzündung der Hirnhäute, die auch schnell auf das Gehirn übergreifen kann und dann als Meningoencephalitis bezeichnet wird. Ein »Carcinoma-in-situ« beschreibt eine präinvasive Form von Zellveränderungen, die also noch auf die obere Zellschicht beschränkt bleibt und daher nicht metastasiert, aber zu einem späteren Zeitpunkt invasiv wachsen kann. Weitere Erkrankungen, die als nicht-AIDS-definierend zugeordnet wurden, sind z.B.: orale Haarleukoplakie, HIV-assoziierte periphere Neuropathie, Herpes zoster mit Befall mehrerer Dermatome, idiopathische thrombozytopenische Purpura. Vgl. Herold (2012), S. 871.

phome und das invasive Zervixkarzinom.[129] Im Gegensatz zu den tumorösen Veränderungen korrelieren die opportunistischen Infektionen deutlich mit der Zahl der CD4-Zellen, so dass die CD4-Zellzahl einen Hinweis auf vorliegende Erkrankungen geben kann bzw. ab welchem Schwellenwert mit dem Auftreten welcher opportunistischer Infektionen gerechnet werden muss.[130] Anhand der CD4-Zellen und den AIDS-definierenden Erkrankungen erfolgt die Stadieneinteilung bei HIV-Infektion. Eine einmal erfolgte Stadium-Zuweisung wird nicht mehr zurückgestuft. Steigt z.B. die CD4-Zellzahl wieder an, erfolgt keine Herabstufung in ein »leichteres« Stadium, sondern die letzte Einstufung wird beibehalten. Während in den USA bereits bei einem Abfall der CD4-Zellen auf <200/µl von AIDS gesprochen wird, erfolgt in Europa diese Einstufung erst beim Auftreten AIDS-definierender Krankheiten.[131] Zwar haben die Inzidenzen opportunistischer Infektionen seit den 1990er Jahren durch Einführung der antiretroviralen Therapie stark abgenommen und sich die Überlebensraten massiv verbessert, doch bleiben Behandlungen oftmals eine große Herausforderung und rechtzeitiger Therapiebeginn essenziell.[132] Die Daten vom RKI zum Diagnosezeitraum 2001-2011 zeigen eine absolute Zunahme der mittleren und späten Diagnosezeiträume bei steigender Inzidenzrate. Für das Jahr 2001 wird eine HIV-Inzidenzrate von 1,75/100.000 EW mit bis zum Jahr 2010 stetig steigender Inzidenz auf schließlich 3,57/100.000 EW[133] in Deutschland geschätzt. Zur Bewertung müssten noch Angaben zur Entwicklung der Testbereitschaft vorliegen, die Einfluss auf die Anzahl der Spät- bzw. Frühdiagnosen hat, worauf das RKI ausdrücklich hinweist.[134] Nichtsdestotrotz ist eine Senkung der absoluten Anzahl mittlerer bzw. später Diagnosezeiträume individuell anzustreben, um

129 | Beim Kaposi-Sarkom handelt es sich um eine bösartige Neubildung in den unteren Gewebsschichten der Haut, das primär im Bereich des Urogenitaltraktes auftritt. Non-Hodgkin-Lymphome sind bösartige Tumoren des Lymphsystems. Invasive Zervixkarzinome sind bösartige Tumoren des Gebärmutterhalses, welche durch Überschreiten von Gewebegrenzen bereits metastasiert haben können.

130 | Vgl. Hoffmann/Rockstroh (2011), S. 332 und Herold (2012), S. 872-874.

131 | In vielen Publikationen und in der Praxis wird häufig noch nach der alten Klassifikation von 1993 eingeteilt. Diese berücksichtigt neben der CD4-Zellzahl klinische Kategorien, nämlich die Symptomatik und ob eine Krankheit als AIDS-Indikator-Erkrankung definiert ist. Die alte Klassifikation unterscheidet danach zwischen den Kategorien A, B und C.

132 | Vgl. Buchatz et al. (2010) und Kaplan et al. (1998).

133 | Statistisches Bundesamt (2012). Die Gesamtzahl der HIV-Neuinfektionen nahm von 2009 bis 2011 etwas ab, danach wieder zu und war mit geschätzten 3.200 für das Jahr 2013 zum Vorjahr vergleichbar hoch. Vgl. Robert Koch-Institut (2014).

134 | Vgl. Robert Koch-Institut (2011a), S. 421. Die letzte Erfassung von durchgeführten HIV-Suchtests in den Laboren stammt aus dem Jahr 2004. Da hatte sich im Vergleich

eine möglichst frühe Diagnose einer HIV-Infektion und eine adäquate Therapieintervention zu bewerkstelligen. Wann der Zeitpunkt zum Therapiebeginn mit antiretroviraler Medikation gewählt werden sollte, ist noch immer sehr umstritten. Die Empfehlungen in den Weltregionen unterscheiden sich.[135] Bei einer HIV-Infektion mit Symptomatik[136] bzw. bei Vorliegen einer AIDS-Indikatoren Erkrankung sowie bei einer CD4-Zellzahl <350/µl wird unumstritten ein Therapiebeginn empfohlen.[137] Bei einer absoluten Zellzahl von >350/µl wird in Deutschland zur Einleitung der Therapie nur bei Vorliegen von Zusatzkriterien wie hohe Viruslast, Alter >50 Jahre und bestimmten Begleiterkrankungen geraten. Christian Hoffmann vom Infektionsmedizinischen Zentrum in Hamburg weist allerdings ausdrücklich auf den individuellen Charakter der Therapieentscheidung hin.[138] In den aktualisierten Guidelines der WHO von Juni 2013 wird ein Beginn der medikamentösen Therapie bereits bei einem Absinken der CD4-Zellzahl <500/µl empfohlen.[139] Die medikamentöse Behandlung ist höchstwahrscheinlich eine Therapie auf Lebenszeit, es müssen potenzielle Langzeitfolgen für die Organsysteme genauso abgewogen werden wie die Möglichkeit bzw. Bereitschaft der Patientinnen und Patienten, täglich mehrere Tabletten einzunehmen. Die betroffenen Personen sollten erst einmal hinreichend bekannt sein, um über Begleitumstände, andere Erkrankungen und persönliche Lebenseinstellungen im Bilde zu sein. Eine ausreichende Information über Vor- und Nachteile des Therapiezeitpunktes ist unerlässlich, so dass eine gemeinsame Entscheidung zwischen behandelnder Ärztin/behandelndem Arzt und der *informierten* Patientin/dem informierten Patienten erfolgen kann. Die dauerhafte Bereitschaft der Erkrankten zur täglichen Medikamenteneinnahme ist essenziell. Unterbrechungen können zur Resistenzbildung gegen einzelne Medikamentenklassen führen. Insbesondere gegen die sogenannten NNRTIs[140] können sich bei einer Einnahmeunterbrechung schnell Resistenzen ausbilden, die dann alle Medikamente dieser Klasse betreffen.[141] Auch ist eine rapide Verschlechte-

---

zum Jahr 1999 ein leichter Anstieg (14 %) der Anzahl durchgeführter HIV-Suchtests gezeigt. Vgl. Robert Koch-Institut (2006), S. 4.

135 | Siehe dazu Hoffmann/Rockstroh (2011), S. 156-157.

136 | Davon ausgeschlossen ist das akute HIV-Syndrom und LAS. LAS steht für Lymphadenopathie-Syndrom, eine generalisierte Lymphknotenschwellung über mindestens drei Monate.

137 | 2008 wurde auch in Deutschland in den Behandlungsempfehlungen die Grenze der CD4-Zellzahl von 200-250/µl auf 350/µl hochgesetzt, ab der eine Therapieeinleitung indiziert ist. Vgl. RKI (2011a), S. 424.

138 | Vgl. Hoffmann (2011a), S. 158.

139 | Vgl. World Health Organization (2013), S. 92.

140 | NNRTIs: Nicht-Nukleosidische Reverse-Transkriptase-Inhibitoren.

141 | Vgl. Hoffmann/Rockstroh (2011), S. 77.

rung der Laborwerte mit konsekutiven opportunistischen Infektionen möglich, die nach wie vor lebensbedrohlich sein können. Seit Ende der 1990er Jahre stehen mit antiretroviralen Medikamenten wirksame Therapien zur Verfügung, die zu einer rasanten Senkung der Sterblichkeit an der HIV-Infektion in Deutschland führten.[142] Inzwischen gibt es fünf verschiedene Medikamentenklassen, die einzelnen Medikamente unterscheiden sich neben ihren Angriffspunkten hinsichtlich der Nebenwirkungen und Interaktionen mit anderen Arzneimitteln. Genaue Kenntnisse der aktuellen Studienlage, der Situation sowie Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten sind unerlässlich. HIV-Infizierte müssen regelmäßig mehrmals im Jahr neben der Bestimmung der Viruslast und der Anzahl der CD4-Zellen verschiedene Parameter im Blut sowie weitere Untersuchungen durchführen lassen. Bei Beschwerden, weiteren Erkrankungen, Therapieumstellungswünschen etc. muss zusätzliche Diagnostik erfolgen.

4.3.2 Epidemiologie

HIV gehört zu den meldepflichtigen Infektionserkrankungen. Es erfolgt eine nicht namentliche Meldung durch das betreffende Labor, das den Erreger indirekt mittels Antikörpernachweis oder durch die direkte Bestimmung von RNA des HI-Virus nachgewiesen hat. Die Meldung hat innerhalb von bisher zwei Wochen direkt an das RKI zu erfolgen.[143] Es gibt einen standardisierten Meldebogen einmal für das Labor und zur Abstimmung für weitere Angaben einen Bogen, den die behandelnde Ärztin oder der Arzt auszufüllen hat. Der Name der Patientin oder des Patienten wird verschlüsselt angegeben, um eine Doppelmeldung möglichst zu verhindern. Weitere relevante Angaben betreffen das Land, in dem die Infektion vermutlich erworben worden ist, und das Herkunftsland. Damit ist das Land gemeint, in dem die betreffende Person vermutlich die meiste Zeit ihres Lebens verbracht hat. Das Herkunftsland ist nicht identisch mit der Staatsbürgerschaft, denn diese kann unabhängig davon die deutsche oder die eines anderen Landes sein. Die Angabe ist ebenfalls auch nicht identisch mit der Anzahl der Migrantinnen und Migranten, die sich mit HIV infiziert haben. Denn Migrierte können die meiste Zeit ihres Lebens in Deutschland verbracht haben und fallen dann nicht in die Kategorie »anderes Herkunftsland«. Sie können natürlich auch bereits in der zweiten oder dritten Generation in Deutschland leben und würden nach der Begriffsdefinition der statistischen Ämter unter »Menschen mit Migrationshintergrund« fallen ohne selbst das Ereignis Migration erlebt zu haben. Trotz der Unsicherheit, die eine Nennung des Herkunftslandes durch die behandelnde Ärztin bzw.

142 | Vgl. Robert Koch-Institut/Statistisches Bundesamt (2006a), S. 18.

143 | Zu den veränderten Übermittlungsfristen nach § 11 Abs. 1 IfSG siehe Kapitel 4.2.2.

den behandelnden Arzt noch zusätzlich mit sich bringt, sind die Daten beachtenswert. Sie liefern zumindest einen Hinweis auf die HIV-Inzidenz und -Prävalenz in der Gruppe der Zugewanderten, die einen Großteil ihres Lebens in einem anderen Staat verbracht haben. Bedenkt man, dass undokumentierte Migrantinnen und Migranten in ihrer Mehrheit sicherlich die meiste Zeit ihres Lebens in einem anderen Land verbracht haben, wäre es vorstellbar, dass sie insbesondere in dieser Kategorie mit verzeichnet sind, auch wenn es insgesamt vermutlich zu einer Unterschätzung der Anzahl derer kommt, die aus einem anderen Herkunftsstaat stammen. Aufgrund der deutlichen Beschränkungen in den Zugangswegen zum Gesundheitssystem kann davon ausgegangen werden, dass insgesamt erst spät ärztliche Beratung aufgesucht wird und dass Menschen ohne Papiere Deutschland vor jeglicher Diagnosestellung wieder verlassen haben. Die Daten des Robert Koch-Instituts geben einen wichtigen Anhalt zur »Beurteilung des HIV-Infektionsgeschehens in Deutschland«. Da der Zeitpunkt der Infektion allerdings nicht mit dem Zeitpunkt der Diagnose übereinstimmt, handelt es sich bei den Angaben zur HIV-Inzidenz und -Prävalenz um Schätzungen auf Grundlage der Meldungen nach IfSG.[144]

Es gibt verschiedene Infektionswege, die in den Ländern epidemiologisch unterschiedlich relevant sind:

1. Die sexuelle Übertragung;
2. parenteral, beispielsweise durch Stichverletzungen oder beim i.v.-Drogenkonsum;
3. vertikal von der Mutter auf das Kind, vor oder während der Geburt oder im Rahmen des Stillens.

Die sexuelle Transmission ist in Deutschland der Hauptübertragungsweg. Sie macht unter den gemeldeten Neuinfektionen im Jahr 2011[145] (für das Jahr 2014 Angaben in Klammern) insgesamt etwa 2.550 (2014: 2.684) Fälle und damit rund 94 % (2014: 96 %) unter allen Infektionswegen, soweit sie bekannt sind, aus.[146] Beim ungeschützten Geschlechtsverkehr kann das Virus übertragen werden. Eintrittspforten können kleine Verletzungen sein, die beim Geschlechtsverkehr entstehen oder bereits zuvor bestanden. Eine höhere Übertragungswahrscheinlichkeit entsteht durch vorbestehende Erkrankungen wie

144 | Vgl. Robert Koch-Institut (2015), S. 239.

145 | Das RKI hat durch verstärkte Nachrecherchen die Zahl der Fälle mit unbekanntem Meldestatus ab 2012 wesentlich reduziert, die Bewertung des Verlaufs der HIV/AIDS-Daten muss daher unter Vorbehalt erfolgen. Vgl. Robert Koch-Institut (2013), S. 213.

146 | Bei einem Teil der Neudiagnosen gibt es keine ausreichenden Angaben zum Infektionsweg. 2014 fehlen z.B. in 704 Fällen von 3.525 HIV-Neudiagnosen nähere Informationen. Vgl. Robert Koch-Institut (2015), S. 242.

beispielsweise Syphilis oder Gonorrhöe. Homo- oder bisexuell lebende Männer oder Frauen und Männer mit häufig wechselnden Geschlechtspartnerinnen bzw. -partnern sind besonders gefährdet. Männer, die Sex mit Männern haben, sind in Deutschland sowohl am häufigsten von HIV/AIDS als auch von Neuinfektionen betroffen. Im Jahr 2011 haben sich etwa 2.000 (2014: 1.904) Menschen von insgesamt geschätzten 2.700 (2014: 2.821) auf diesem Weg mit HIV infiziert. Auch durch mangelnde Hygiene oder durch Nadeltausch beim i. v.-Drogenmissbrauch besteht erhöhte Infektionsgefahr. Akzidentielle Verletzungen durch herumliegende Nadeln in der Umwelt oder im medizinischen Bereich spielen nur eine sehr untergeordnete Rolle bezogen auf die Zahl der Neuinfektionen. Patientinnen und Patienten, die sich einer Therapie mit Blutprodukten unterziehen mussten, waren bis 1985 einem stark erhöhten Infektionsrisiko mit dem HI-Virus ausgesetzt. Inzwischen wird durch die eingeführten HIV-Tests der Blutprodukte das Risiko auf unter 1 % geschätzt. In vielen Ländern mit einer hohen Prävalenz der HIV-Infektion und schlechtem Zugang zur medizinischen Versorgung ist eine sogenannte vertikale Übertragung des Virus von der Mutter auf das Kind ab der zwölften Schwangerschaftswoche von großer Bedeutung. Gerade hier lässt sich durch eine frühe Intervention mittels medikamentöser Therapie, einem Kaiserschnitt und dem Stillverzicht das Infektionsrisiko für das Neugeborene von 15-20 % auf unter zwei Prozent dramatisch senken. Für Deutschland ist die Mutter-Kind-Transmission nicht von Bedeutung. Die Zahl der Fälle von HIV-Neuinfektionen bedingt durch diesen Übertragungsweg wird im Jahr 2011 mit weniger als zehn (2014: 25) angegeben bei insgesamt etwa 420 Infizierten (2014: k.A.), die aufgrund einer Mutter-Kind-Übertragung im gleichen Jahr mit HIV/AIDS in Deutschland leben.[147] Gleichwohl bleibt auch bei der geringen Fallzahl die Frage, ob es sich bei frühzeitiger Diagnostik nicht um vermeidbare Infektionen gehandelt haben könnte. Jede und jeder dieser Betroffenen muss lebenslang mit antiretroviraler Therapie behandelt werden. Von den 25 Kindern in 2014 wurden 16 nicht in Deutschland geboren.[148] Das Herkunftsland wird erst mit der Einführung des IfSG im Jahr 2001 erfasst. Für den Zeitraum 2001 bis 2004 wird der Anteil der Menschen mit einem anderen Herkunftsland bei den neu diagnostizierten HIV-Infektion auf etwa 40 % geschätzt,[149] von 2001 bis 2008 auf 31,8 %, wobei allerdings bei 19,2 % der Meldungen für diesen Zeitraum eine Angabe fehlte. Für das Jahr 2010 gaben 697 (2014: 1.206) als Neuinfizierte Gemeldete von insgesamt 2.918[150] (2014: 3.317) ein anderes Herkunftsland als Deutschland an, wobei insgesamt 14,7 % (2014: 6 %) keine Angabe

147 | Vgl. Robert Koch-Institut (2011a), Anlage 1.

148 | Vgl. Robert Koch-Institut (2015), S. 242.

149 | Vgl. Robert Koch-Institut (2005b), S. 2.

150 | Vgl. Robert Koch-Institut (2011c), S. 1.

dazu machten. Unter denen mit Herkunftsangabe befanden sich somit 27,8 % (2014: 36 %) Menschen mit einer HIV-Erstdiagnose, die die meiste Zeit ihres Lebens in einem anderen Land als Deutschland verbracht haben und somit selbst migriert sein müssen. In der Gesamtbevölkerung im selben Jahr beträgt der Anteil der Menschen mit eigener Migrationserfahrung laut Statistischem Bundesamt 12,7 % (2014: 13,4 %).[151] Bei diesem Anteil handelt es sich um eine Überschätzung, wenn man wissen möchte, wie viele Menschen in der Bevölkerung sich die meiste Zeit ihres Lebens in einem anderen Land aufgehalten haben. Der Anteil bietet aber zumindest einen Anhalt, welche Bedeutung Migrantinnen und Migranten als zu berücksichtigende Gruppe in der Prävention von HIV-Infektionen zukommt. Es ist ein Hinweis, dass die HIV-Inzidenz für das Jahr 2010 bei Migrierten mindestens doppelt so hoch liegen muss im Vergleich zur übrigen Bevölkerung. Menschen, die die meiste Zeit ihres Lebens in der Subsahara-Region verbracht haben, machen seit der statistischen Dokumentation 2001 den größten Anteil unter den neu diagnostizierten HIV-Infektionen aus, wenn nicht Deutschland als Herkunftsland angegeben wird. Es gibt allerdings deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede: Bei Frauen wird überwiegend angegeben, dass sie die Infektion über heterosexuelle Kontakte erworben haben. Die häufigste angegebene Region ist dabei Subsahara-Afrika. Während Frauen zu fast dreiviertel angeben, ihre Infektion in ihrem Heimatland erworben zu haben, sind es bei Männern nur etwa die Hälfte.[152] Hier spielen vor allem homo- bzw. bisexuelle Kontakte als Übertragungsweg eine Rolle. Unter den anderen Herkunftsregionen wurde bei Männern am häufigsten Zentral- und Westeuropa genannt. Die am häufigsten genannten Herkunftsländer waren im Jahr 2010: 1. Elfenbeinküste (n=48), 2. Russland (n=36), 3. Nigeria (n=35), 4. Türkei und Italien (jeweils n=31), 5. Thailand und Polen (n=28), 6. Ghana (n=26) und 7. Rumänien und Brasilien (n=24).[153] Man muss dabei allerdings beachten, dass die absoluten Fallzahlen sehr gering sind. Für 2014 wird als häufigste Herkunftsregion nach Deutschland »Subsahara-Afri-

---

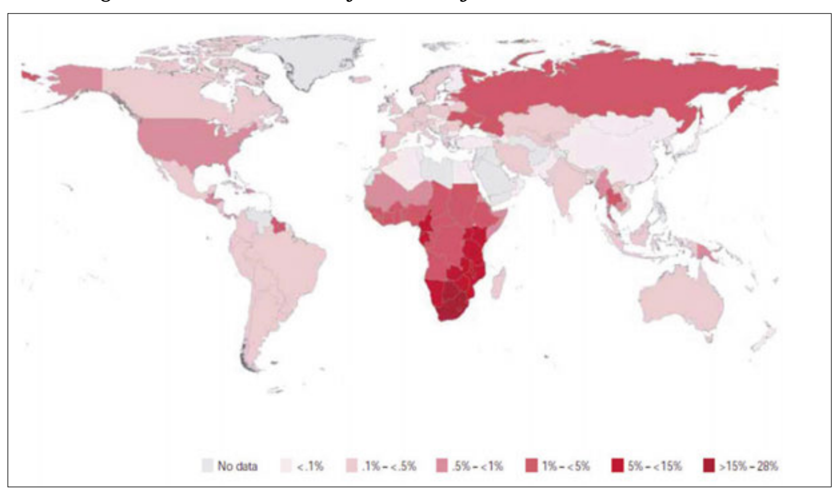
151 | Vgl. Statistisches Bundesamt (2011b), S. 33. Demnach haben 10.590.000 von insgesamt über 81,7 Millionen EW eigene Migrationserfahrungen. Dies deckt sich nicht mit Menschen aus anderen Herkunftsländern, da sie trotz eigener Migrationserfahrung die meiste Zeit ihres Lebens in Deutschland verbracht haben können. Auch werden vermutlich Menschen aus anderen Herkunftsländern dies bei der Meldung nicht immer angeben oder einfachheitshalber auf Deutschland verweisen, so dass sicherlich auch der Anteil derer aus einem anderen Herkunftsland bei den HIV-Erstdiagnosen unterschätzt wird. Zu der Angabe für 2014 siehe im Internet: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2015/08/PD15_277_122.html [01.12.2015].

152 | Vgl. Robert Koch-Institut (2012a), S. 20. Die Zahlen beziehen sich auf das Jahr 2010.

153 | Ebd.

ka« mit 491 von 3.317 Meldungen (15 %) angegeben, gefolgt von Europa mit 451 (14 %).[154] Die Prävalenzen von HIV/AIDS sind in vielen anderen Ländern höher als in Deutschland (s. Abb. 16), so dass bei Zugewanderten aus Regionen mit höherer Inzidenz bzw. Prävalenz häufiger eine HIV-Infektion diagnostiziert wird. Bis zum Jahr 2011 wurden in den Veröffentlichungen des RKI fast ausschließlich Menschen aus Hochprävalenzländern als eigene Kategorie unter den Transmissionswegen benannt.

Abbildung 16: Global Prevalence of HIV, 2009



Quelle: UNAIDS (2010), S. 23.

Nähere Angaben für Menschen aus anderen Herkunftsländern gibt es für die ganzen ersten Jahre nach Einführung des IfSG nicht. Insgesamt zeigt sich ein rückläufiger Trend bei erstdiagnostizierten HIV-Infektionen, die vermutlich in einem Hochprävalenzland (HP-Land) erworben worden sind. Möglicherweise ist dies auf die erschwerten Zugangswege nach Deutschland für Migrierende aus den betreffenden Ländern zurückzuführen.[155] Für das Jahr 2011 wurden 9.000 Personen angegeben, die in diesem Jahr in Deutschland mit HIV/AIDS leben und aus HP-Ländern stammen. Für 2014 wird der geschätzte Anteil der im Ausland erworbenen HIV-Infektionen an den Neudiagnosen mit 27 % angegeben.[156] Die geschätzte HIV-Inzidenz nimmt insgesamt in Deutschland nach einer Plateaubildung zwischen 2006 und 2010 in den letzten Jahren wieder zu. Das RKI verweist dabei allerdings darauf, dass sich

154 | Vgl. Robert Koch-Institut (2015), S. 243.
155 | Vgl. Robert Koch-Institut (2011a), S. 419.
156 | Vgl. Robert Koch-Institut (2015), S. 243.

das Plateau tatsächlich wahrscheinlich bereits einige Jahre zuvor gebildet hat und durch den Verzug in der Diagnosestellung erst verspätet in der Statistik zeigt. Bedingt durch die (besseren) Therapiemöglichkeiten seit der zweiten Hälfte der 1990er Jahre nimmt die Prävalenz zu und seitdem hat sowohl die Zahl der AIDS-Fälle als auch der HIV/AIDS-assoziierten Todesfälle abgenommen.[157] Bei insgesamt geschätzten 73.000 Menschen [CI: 66.000-80.000], die im Jahr 2011 mit HIV/AIDS in Deutschland leben (2014: 83.400; CI: 77.000-91.200), entfallen etwa 59.000 (2014: 68.400; CI: 63.200-74.700) Infektionen auf Männer [CI: 53.000-64.500], 14.000 auf Frauen [CI: 12.700-15.200] (2014: 15.100; CI: 13.700-16.800) und darunter etwa 200 auf Kinder (2014: k.A.). Bei Erstdiagnose sind die meisten Menschen zwischen 25 und 40 Jahren, wobei die Frauen im Mittel jünger als die Männer sind. Der Altersmedian liegt in beiden Gruppen bei etwa 28 bis 30 Jahren.[158] In der geografischen Verteilung zeigen sich erwartungsgemäß die höheren Inzidenzen in den Ballungsräumen.[159]

4.3.3 Spezifische Herausforderungen

Es gibt aus ärztlicher und struktureller Sicht eine ganze Reihe HIV/AIDS-spezifischer Herausforderungen; viele sind bereits aus dem Geschilderten in den vorausgegangenen Kapiteln deutlich geworden. Ein spezielles fachärztliches Wissen, das kontinuierlich dem neuesten Stand der aktuellen HIV/AIDS-Forschung entsprechen muss, ist in diesem Kontext ganz besonders von Nöten. Das beinhaltet umfangreiche Kenntnisse über Nebenwirkungsprofile der Medikamente, Wechselwirkungen mit anderen Arzneien und Wissen über empfohlene Kombinationen insbesondere unter Berücksichtigung von nicht seltenen Begleiterkrankungen wie Hepatitis B und C, Tuberkulose oder Drogensucht. Bei der HIV-Infektion als inzwischen chronischer Krankheit, die mit einer lebenslangen Medikamenteneinnahme verbunden ist, hat Empathie mit der Situation der Infizierten eine große Bedeutung, um eine adäquate Versorgung sicherzustellen. Verschiedene Faktoren beeinflussen die Adhärenz und sollten berücksichtigt werden. Die Empfehlungen der WHO zur Verbesserung der Compliance sind zwar bereits aus dem Jahr 2003, doch verdeutlichen sie nach wie vor die Vielschichtigkeit der Determinanten von Adhärenz und haben nichts von ihrer Aktualität verloren: Es werden sozioökonomische Faktoren genannt wie »stress of childcare«, »low income« und »lack of social support«. Außerdem Faktoren des Gesundheitssystems wie »lack of clear in-

157 | Vgl. ebd., S. 417 und S. 418. Für 2011 werden die Todesfälle bei HIV-Infizierten auf etwa 500 geschätzt.

158 | Vgl. Robert Koch-Institut (2011b), S. 30.

159 | Vgl. Robert Koch-Institut (2011c), S. 193. Zur Interpretation der Verteilung siehe auch Kapitel 4.2.3.

structions from health professionals, poor implementation of educational interventions«; unter den »conditions-related factors« wird der asymptomatische Patient genannt; zu den »Therapy-related factors« beispielsweise »complex treatment regimens«, »close monitoring« und »lack of clear instructions about how to take the medications«. Schließlich werden unter »Patient-related factors« einige Punkte wie »forgetfulness«, »depression« und »hopelessness and negative feelings« angeführt.[160] Mehr als bei anderen chronischen Erkrankungen kann die Bedeutung der Adhärenz nicht genug betont und eine notwendige enge Zusammenarbeit von Erkrankten und Ärztinnen/Ärzten hervorgehoben werden. Zur Behandlung der HIV-Infektion steht nur eine begrenzte Anzahl an Medikamentenklassen zur Verfügung, die nicht gleichwertig angewandt werden können. Sich entwickelnde Resistenzen können im Verlauf bestehen bleiben, sie können bei Transmissionen weitergegeben werden und die medikamentöse Behandlung weiterer Infizierter erschweren.[161] Hoffmann empfiehlt »zwölf Dinge, die die Compliance verbessern«:[162] Dazu gehört u.a. ein lesbarer Therapieplan, der ausführlich besprochen werden sollte. Die Fragen der Patientin/des Patienten sollten wiederholt Raum bekommen und die vorgeschlagene Therapie genau erklärt werden. Diese Gespräche müssen regelmäßig wiederholt und Nebenwirkungen erklärt werden. »Laborerfolge« sollten mitgeteilt und eine begleitende Depression therapiert werden. Zentrale Bestandteile sind damit Empathie, Zeit und Therapieerfahrung. Neben der Einstellung sind eine kontinuierliche ärztliche Kontrolle und verschiedene Untersuchungen mindestens vier Mal im Jahr notwendig, auch bei HIV-Infizierten, bei denen bisher noch keine Therapie eingeleitet worden ist. Bei Beschwerden und bestimmten Konstellationen wie weiteren Erkrankungen oder z.B. Schwangerschaftswunsch sind zusätzliche Untersuchungen notwendig. Meist wird eine Dreierkombination bei Therapieeinleitung verschrieben, deren monatlicher Preis je nach Präparaten mindestens bei etwa 1.200 € liegt.[163] Auch wenn der Patentschutz einiger Medikamente in nächster Zeit ausläuft und damit eine Vergünstigung durch Generika möglich ist, bleiben die Kosten voraussichtlich sehr hoch.[164]

160 | Vgl. WHO (2003), S. 103.

161 | Vgl. Hoffmann/Rockstroh (2011), S. 252 sowie Gonzalez (2011) und Thompson (2011).

162 | Hoffmann/Rockstroh (2011), S. 253.

163 | Vgl. Buhk (2007), S. 6 und Hoffmann/Rockstroh (2011), S. 254.

164 | Ausführlicher zu den Medikamentenpreisen siehe Hoffmann/Rockstroh (2011), S. 65 und S. 255.

4.4 Gesundheitspolitische Standpunkte zu Tuberkulose und HIV/AIDS

In Erklärungen und Aktionsplänen der Bundesregierung sowie internationaler Organisationen sind immer wieder für *low-prevalence-countries* Maßnahmen benannt worden, um die Sekundärprävention zu stärken. Unter der Großen Koalition (2005 bis 2009) wurde von drei Bundesministerien gemeinschaftlich ein Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung mit folgender Zielsetzung verfasst: »Alle Menschen mit HIV/AIDS in Deutschland haben Zugang zu einer bedarfsgerechten medizinischen Versorgung«.[165] Dies soll »Richtschnur der Politik der Bundesregierung« sein. Die Notwendigkeit einer Politikkohärenz wird betont, um die Ziele des Aktionsplans zu erreichen. Neben einem universellen Zugang zu Diagnostik und Behandlung, gehören Prävention, Solidarität, Kooperation, Epidemiologie, Forschungsförderung und Qualitätssicherung zu den Aktionsfeldern, für die Zielvorgaben formuliert werden. Migrantinnen und Migranten werden als Zielgruppe für die verschiedenen Maßnahmen benannt, und auch der Zugang zur Therapie für Menschen ohne Krankenversicherung wird betont. Im Jahr 2011 finden sich folgende Feststellungen des Bundesgesundheitsministeriums für Gesundheit (BMG) im Folgebericht, in welchem Erreichtes und »Herausforderungen« für die Zukunft erneut benannt werden: »Grundsätzlich besteht ein Behandlungsanspruch für alle in Deutschland lebenden Personen mit HIV.«[166] Und weiter ging der Bericht explizit zur Situation von Menschen ohne Papiere ein:

> »Hinsichtlich des Zugangs zur Behandlung von Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus hat die Allgemeine Verwaltungsvorschrift (VV) zum Aufenthaltsgesetz 2009 klargestellt, dass sie sich in öffentlichen Krankenhäusern in ärztliche Behandlung begeben können, ohne die Datenweitergabe an Ausländerbehörden befürchten zu müssen. Durch diese Klarstellung wurde die Rechtssicherheit für die betroffenen Menschen und ihre behandelnden Ärztinnen und Ärzte erhöht.«[167]

Der Bericht des BMG scheint davon auszugehen, dass auf Grundlage der AVV zum AufenthG eine Behandlung HIV-infizierter Menschen ohne Papiere in öffentlichen Krankenhäusern de facto möglich sei, ohne die Gefahr einer Abschiebung. Es wird sogar von einer »Rechtssicherheit« gesprochen. Im weite-

165 | Bundesministerium für Gesundheit/Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung/Bundesministerium für Bildung und Forschung (2007), S. 24.

166 | Bundesministerium für Gesundheit – Referat Öffentlichkeitsarbeit (2011), S. 49.

167 | Ebd., S. 5.

ren Text werden Schwierigkeiten im Zugang zu einer geplanten Behandlung angesprochen. Zudem wird die Handlungsnotwendigkeit für ein niedrigschwelliges Angebot zur Therapie deutlich formuliert, ebenso die paradoxen Auswirkungen vorhandener Regelungen:

»Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine antiretrovirale Behandlung besonders kostspielige stationäre Akutbehandlungen vermeiden helfen kann. Außerdem senkt sie die Übertragbarkeit von HIV und kann so zu einer verminderten Ausbreitung von Infektionskrankheiten beitragen. Es ist daher wichtig zu überprüfen, in welchem Rahmen Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus ein erleichterter Zugang auch zu diesen Behandlungen ermöglicht werden könnte.«[168]

Im Jahr 2000 hat die internationale Gemeinschaft die Agenda ihres politischen Handelns für das 21. Jahrhundert in der Millenniumserklärung zum Ausdruck gebracht. Die UN, die Weltbank und verschiedene NGOs haben etwas später mit den Millenniumsentwicklungszielen (»Millennium Development Goals«, MDGs) acht Themenbereiche mit Zielvorgaben und Indikatoren ausformuliert, die bis zum Jahr 2015 erreicht werden sollen. Im MDG 6 ist das Ziel festgehalten, die Zahl der HIV-Infektionen, Tuberkulose und andere Erkrankungen zu stoppen und den Trend umzukehren. In einer Sondervollversammlung der UN haben sich die Staaten 2001 außerdem verpflichtet »allgemeinen Zugang zu HIV-Prävention, Behandlung und Versorgung bis zum Jahr 2010 zu gewährleisten«.[169] Die Bundesregierung stellt die MDGs in den Zusammenhang der Entwicklungszusammenarbeit und berücksichtigt sie nicht hinsichtlich möglicher Konsequenzen für die nationale Politik. Die WHO hat 2006 in »The Stop TB Strategy« formuliert:

»Both low- and high-prevalence countries must first define the special situations and vulnerable groups that need attention. Identification of risk groups and their locations, assessing the problems they face in accessing care and of the services currently available to them, and defining strategies to ensure access to high-quality TB care will be the logical next steps.«[170]

Das Europäische Regionalbüro der WHO ist in seinem Papier zu Tuberkulose in Großstädten 2007 zum selben Schluss gekommen: »Die Tb-Diagnose und -Therapie sollte für legal wie illegal im Land ansässige Immigranten gleichermaßen sichergestellt werden, ebenso für sämtliche in den

168 | Ebd., S. 50.
169 | Ebd., S. 19.
170 | WHO (2006), S. 13.

Großstädten üblicherweise vorhandenen sozial benachteiligten Gruppen.«[171]
Im folgenden Kapitel findet nun eine Überprüfung eines im Aktionsplan der Bundesregierung und im IfSG formulierten Ziels eines niederschwelligen Zugangs zu einer medizinischen Versorgung auch für Menschen ohne Papiere statt.

171 | Weltgesundheitsorganisation – Regionalbüro für Europa (2007b), S. 2.

5. Die Versorgungssituation an den Gesundheitsämtern – eine Vollerhebung

5.1 Konzeption und Methode

Die Erhebung soll die bundesweite Versorgungssituation an Gesundheitsämtern für undokumentierte Migrantinnen und Migranten erfassen. Die praktische Umsetzung gesetzlicher Grundlagen bzw. das tatsächliche Versorgungsangebot für einen besonders vulnerablen Teil der Bevölkerung soll dargestellt sowie Empfehlungen zur Versorgung undokumentierter Migrantinnen und Migranten im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) entwickelt werden. Zur Datenerhebung an den Gesundheitsämtern wurde ein Fragebogen neu konzipiert. Die Durchführung der quantitativen Studie fand zwischen Januar und März 2011 statt.

5.1.1 Studiendesign und Studienpopulation

Für die Erhebung wurde ein Fragebogen per E-Mail an die Gesundheitsämter versendet. Gegenstand der Studie sind Häufigkeiten an Kontakten und Behandlungen in Gesundheitsämtern, da die Ämter die ausführende Behörde des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) darstellen. Die Studienpopulation umfasste bei der anonymisierten Befragung bundesweit alle Gesundheitsämter (n=384).[1] Gesundheitsämter, die lediglich eine postalische Adresse veröffentlichten, wurden nicht angeschrieben (n=2). War lediglich ein online auszufüllendes Kontaktformular auf der Internetseite vorhanden, wurde über das Formular um die Möglichkeit gebeten, den Fragebogen zuzusenden (n=3). Da

1 | In einer durch das RKI 2002 durchgeführten bundesweiten Befragung wurden 425 Gesundheitsämter angeschrieben. Die Diskrepanz in der Anzahl ist zum einen durch den Einbezug von Zweig- und Außenstellen zu erklären, zum anderen sind möglicherweise Gesundheitsämter zusammengelegt worden. Der Unterschied ist vor allem in Sachsen (29 versus aktuell 13) und Sachsen-Anhalt (24 versus 14) zu finden. Vgl. Robert Koch-Institut (o.J.), S. 23.

das Schreiben an die Leitung der Ämter gerichtet war, wurden Außen- bzw. Zweigstellen nicht direkt mit einbezogen.

5.1.2 Entwicklung des Erhebungsinstrumentes

Der Fragebogen wurde für diese Untersuchung neu konzipiert. Die Entwicklung des Erhebungsinstrumentes und das Vorgehen bei der bundesweiten Befragung erfolgten gemäß der von dem Soziologen Dillman entwickelten und modifizierten »Tailored Design Method« sowie nach den Empfehlungen von Geyer zu schriftlichen Befragungen.[2] Um Fehler im Fragebogen zu minimieren, wurde vor dem Einsatz ein *Pretest* mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von fünf Gesundheitsämtern durchgeführt. In anschließenden Telefongesprächen formulierten die Testenden im Sinne eines »*Retrospective-Think-Aloud*«[3] ihre Gedanken bei der Beantwortung des Fragebogens und schilderten Anmerkungen sowie Eindrücke zu den Fragen. In diesen Gesprächen wurde die Empfehlung ausgesprochen, den Fragebogen per E-Mail und nicht auf einem anderen Wege (postalisch oder per Fax) zu versenden, da so nach entsprechender Erfahrung die Teilnahmebereitschaft in den Ämtern höher sei. Die Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge wurden aufgenommen und der Fragebogen modifiziert. Die korrigierte Version enthält insgesamt 20 Fragen mit folgenden Themenschwerpunkten:

1. Kontakt, Behandlungen und Dokumentation,
2. Umgang mit Patientinnen und Patienten ohne Papiere,
3. Aktivitäten des Gesundheitsamtes, die Zielgruppe zu erreichen,
4. Einschätzungen und Anmerkungen zur Behandlung der Betroffenen im eigenen Amt.

Bei den Fragen handelt es sich überwiegend um geschlossene Fragen mit kategorialen Antworten. Zusätzlich gibt es bei fast allen Fragen die Möglichkeit unter »Sonstiges« individuelle Angaben zu machen. Sogenannte »Listenfragen« werden nicht verwendet. In Frage 19 wird um die freie Angabe der persönlichen Stellung im Amt gebeten. Frage 20 ist ebenfalls offen gestellt und fragt nach Verbesserungsmöglichkeiten im eigenen Amt. Im Anhang wird um eine Fallschilderung gebeten, sofern bisher ein Kontakt zu Menschen ohne Papiere bestand. In der Entwicklung der einzelnen Items musste die Balance zwischen einfacher Fragestellung für noch nicht mit dem Thema vertraute Per-

---

2 | Vgl. Dillman et al. (2009) und Geyer (2003).

3 | »*Retrospective-Think-Aloud*« ist eine übliche Methode der empirischen Sozialforschung, in der die Nutzerin/der Nutzer z.B. nach der Beantwortung eines Fragebogens ihre Gedanken verbalisieren.

sonen und einer ausreichenden Differenzierung zur hinreichenden Abbildung der Thematik gefunden werden. Aufgrund der spezifischen Fragestellung – zu einer aus der Sicht der meisten Ämter kleinen Gruppe von Migrierten – sind gewisse Kenntnisse aufenthaltsrechtlicher Bestimmungen unerlässlich, um die nötige Differenzierung zwischen Asylsuchenden, Migrantinnen und Migranten mit einer Duldung, Bürgerinnen und Bürgern der Europäischen Union mit Aufenthaltserlaubnis, aber ohne ausreichenden Krankenversicherungsschutz usw. vornehmen zu können. Dabei hat sich im Pretest und im Gespräch mit Akteuren im Gesundheitssystem gezeigt, dass für Menschen, die sich bisher mit dem Thema nicht beschäftigt haben, der Terminus des »illegalen Migranten« am geläufigsten und darunter auch die Gruppe derer ohne Papiere und ohne eine Duldung verstanden wird. Daher wird trotz inhaltlicher Bedenken der Begriff in den Unterlagen verwendet. Der Fragebogen ist wie folgt aufgebaut: Deckblatt, Anschreiben, Fragebogen und der Anhang mit optionaler Fallschilderung. Das Deckblatt beinhaltet die Überschrift: »Fragebogen. Gesundheitsversorgung von »illegalen Migranten« in den Gesundheitsämtern«, außerdem eine Institutsangabe und zwei themenbezogene Fotos, um den Fragebogen ansprechend zu gestalten. Das Anschreiben erläutert das Ziel der Befragung und definiert die Begriffsverwendung. Als Anreiz zur Teilnahme wird in der E-Mail auf die Möglichkeit verwiesen, die Ergebnisse der Erhebung auf Wunsch mitgeteilt zu bekommen. Die Option einer monetären Aufwandsentschädigung für die Teilnahme bestand nicht. Im Anschreiben ist explizit die Bitte formuliert, auch bei fehlendem Kontakt zu Migrantinnen und Migranten ohne Papiere den Fragebogen auszufüllen. Es handelt sich bei der Befragung um eine Vollerhebung. Daher musste ein gemeinsamer Fragebogen für so unterschiedliche Orte wie beispielsweise die Insel Rügen, die Großstadt Essen oder das ländliche Straubing in Bayern konzipiert werden: Orte mit unterschiedlicher Sozial- und Infrastruktur. Allerdings handelt es sich bei der Befragung um eine quantitative Untersuchung, die vorwiegend etwas über Häufigkeiten in Erfahrung bringen möchte, so dass sich trotz dieser Heterogenität ein standardisierter Fragebogen empfiehlt. Der Arbeitsaufwand zum Ausfüllen gestaltet sich je nach Angebotsstruktur und Kontakt unterschiedlich. Hatte ein Gesundheitsamt keinen Kontakt zu Menschen ohne Papiere, nimmt die Beantwortung etwa fünf bis zehn Minuten in Anspruch; bei vorhandenem Kontakt werden etwa 15 bis 20 Minuten benötigt, wenn zusätzlich im Anhang ein Fall geschildert wird. Die Fragebögen wurden anonymisiert ausgewertet, da dies den Gesundheitsämtern zugesichert worden ist. Dadurch können die Antworten weder einem einzelnen Gesundheitsamt zugeordnet noch eine inhaltliche Zuordnung nach Bundesland vorgenommen werden. Die Fragebögen sind nicht nummeriert, eine Auswertung erfolgt lediglich nach Größe der Stadt des Amtssitzes. Lediglich die Rücklaufrate wird nach Bundesland getrennt dargestellt.

5.1.3 Durchführung der Befragung

Es wurden 384 Gesundheitsämter in Deutschland angeschrieben. Die Anschreiben waren an die Amtsleitung gerichtet mit der Aufforderung, den Fragebogen an die Person im Amt zu leiten, die am ehesten Kontakt zu Migrantinnen und Migranten ohne Papiere haben könnte. Die Fachgebiete für Tuberkulose, HIV/AIDS bzw. sexuell übertragbare Erkrankungen (STD) wurden nicht direkt angeschrieben, da sich aus Gesprächen mit verschiedenen Personen aus dem ÖGD im Vorfeld herauskristallisiert hatte, dass Kontakte zu Menschen ohne Papiere auch in anderen Fachabteilungen stattfinden können. Die Namen und Adressen der Amtsleitungen wurden anhand der jeweiligen Internetseite der Bundesländer bzw. der Gesundheitsämter ermittelt; der zehn-seitige Fragebogen wurde mit persönlichem Anschreiben per E-Mail versendet. Die Unterlagen befanden sich als pdf-Datei und als doc-Datei im Anhang, um je nach Präferenz ein Ausfüllen des ausgedruckten Bogens oder digital zu ermöglichen. Die Rücksendung konnte per Post, per Fax oder per E-Mail erfolgen. Im Anschreiben wird darauf hingewiesen, dass bei Fragen jederzeit telefonisch oder per E-Mail Kontakt aufgenommen werden könnte. Der Fragebogen wurde Mitte Januar 2011 versendet mit der Bitte um Antwort zu einem festgesetzten Datum sechs Wochen später. Nach weiteren zwei Wochen wurde ein persönliches Erinnerungsschreiben zusammen mit dem Fragebogen erneut versendet, mit der Bitte um Rückantwort innerhalb von drei Wochen. Bedingt durch die geringe Erhöhung der Responserate nach der ersten Erinnerung und aufgrund des enormen zeitlichen Aufwandes für das persönliche Anschreiben wurde auf weitere Erinnerungsschreiben verzichtet. Zeitgleich mit der Versendung der Fragebögen wurde eine Anfrage mit der Bitte um Unterstützung an den Deutschen Städtetag geschickt. Trotz Nachfrage hat der Deutsche Städtetag das Gesuch nicht beantwortet. Nach Informationen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einiger Gesundheitsämter wurde allerdings an die Behörden die schriftliche Empfehlung ausgegeben, sich nicht an der Befragung zu beteiligen, da die Zielsetzung der Untersuchung nicht bekannt sei. Des Weiteren wurden Landesministerien für Gesundheit, der Deutsche Landkreistag und Landkreistage der Bundesländer um ihr Einverständnis gebeten. Zwei Landesministerien unterstützten in ihrem Bundesland die Befragung. Die Haltung der Landkreistage ist ablehnend bis unklar. Auch hier wurde die Anfrage nicht direkt beantwortet. Die Antworten aus den Gesundheitsämtern bezogen sich z.T. auf eine ablehnende Haltung der Landkreistage. Die Haltung der Landkreistage scheint in einigen Bundesländern eine größere Rolle für die Gesundheitsämter zu spielen als in anderen, da aus einigen Ländern trotz der Ablehnung im Vergleich relativ viele Fragebögen zurück gesendet wurden.

Für die Gestaltung des Fragebogens (Layout, Umfang und Aufbau des Fragebogens) wurden Experten der empirischen Sozialforschung einbezogen.

5.1.4 Datenrücklauf

Eine Übersicht zur Anzahl der angeschriebenen Gesundheitsämter und zum Rücklauf des Fragebogens sind in Tab. 9 und Tab. 10 dargestellt. Für die Bewertung der Daten ist zuvor zu klären, ob die Gesundheitsämter im Rücklauf hinreichend repräsentiert sind. Dabei ist nicht nur die Verteilung nach Bundesland relevant, sondern auch die Größe der Stadt, in der das Amt seinen Sitz hat. Die Angaben entsprechen allerdings nicht dem Versorgungsgebiet der Gesundheitsämter, sondern sie kategorisieren nach Einwohnerzahl der Stadt. Die Summierung der EW in einem ländlichen Gebiet kann zwar ein großes Versorgungsgebiet eines Amtes ergeben, doch die Struktur der Bevölkerung unterscheidet sich maßgeblich von der einer größeren Stadt bzw. einer Großstadt. In den größeren Städten ist der Anteil der Migrantinnen und Migranten höher sowie vermutlich auch der Anteil der Menschen, die über keine Aufenthaltserlaubnis verfügen. Ein Kontakt zu Menschen ohne Papiere ist auch davon abhängig, ob und wie viele im Einzugsbereich eines Amtes leben. Daher ist die tatsächliche Stadtgröße für die vorliegende Untersuchung relevant. Die Einteilung der Städte in Größenkategorien anhand der EW ist in amtlichen Publikationen nicht einheitlich. Das Statistische Bundesamt hat in seinem Gemeindeverzeichnis sieben Kategorien gebildet und dabei vor allem kleinere Einheiten für Städte mit weniger als 50.000 EW.[4] Um nicht unübersichtlich viele Kategorien zu konstruieren und die Unterscheidung von Klein- und Großstädten aus dem Fokus zu verlieren, orientiert sich die angewandte Klassifikation an der Einteilung des Statistischen Jahrbuchs Deutscher Gemeinden und bildet keine weiteren Kategorien unter 50.000 EW.

4 | Vgl. Statistisches Bundesamt (2010b).

Tabelle 9: Zahl der angeschriebenen Gesundheitsämter und Rücksendung der Fragebögen nach Bundesland

	Einwohner/ -innen in Mio.	Anzahl Gesundheits-ämter	Responserate nach Bundes-land und Gesamt in %	Anteil aus-ländische Bevölkerung in %[5]
Baden-Württemberg	10,8	38	23,7	12,1
Bayern	12,6	76	59,2	9,9
Berlin	3,5	11	72,7	14,1
Brandenburg	2,5	18	33,3	2,8
Bremen	0,7	2	100	12,7
Hamburg	1,8	7	71,4	13,8
Hessen	6,1	24	33,3	11,5
Mecklenburg-Vorpommern	1,6	17	29,4	2,5
Niedersachsen	7,9	45	22,2	6,9
Nordrhein-Westfalen	17,8	52	17,3	10,7
Rheinland-Pfalz	4,0	24	16,7	7,9
Saarland	1,0	6	0	8,7
Sachsen	4,1	13	30,8	2,9
Sachsen-Anhalt	2,3	14	35,7	1,9
Schleswig-Holstein	2,8	15	33,3	5,3
Thüringen	2,2	22	63,7	2,3
Gesamt	81,8	384	36,2	9,1

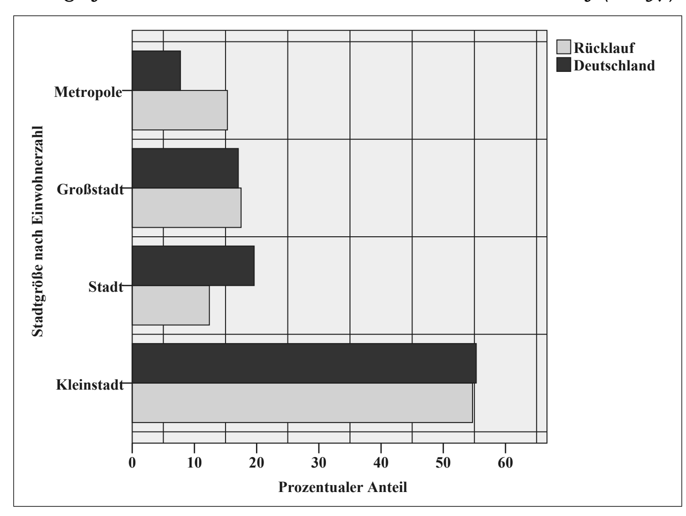
Tabelle 10: Zahl der angeschriebenen Gesundheitsämter und Rücksendung der Fragebögen nach Stadtgröße

		Anteil in % Einwohner /-innen 2009	Angeschriebene Gesundheitsämter (Anteil in %)	Anzahl im Rücklauf (Anteil in %)
Stadtgröße	Metropole	7,8	30 (7,8 %)	21 (15,3 %)
	Großstadt	17,1	66 (17,2 %)	24 (17,5 %)
	Stadt	19,7	75 (19,5 %)	18 (12,4 %)
	Kleinstadt	55,4	213 (55,5 %)	74 (54,7 %)
	unbekannt			2 Fragebögen
Gesamt		100	384 (100 %)	139 (100 %)
Alte Bundesländer (ohne Berlin)		80 %	289	(33,6 %)
Neue Bundesländer (ohne Berlin)		20 %	84	(39,3 %)

5 | Statistisches Bundesamt (2012b), S. 26. Bevölkerungsstand: 31.12.2011.

Als Kleinstädte werden hier Städte mit unter 50.000 EW bezeichnet, Städte haben 50.000 bis unter 100.000 EW, Großstädte 100.000 bis unter 500.000 EW und Metropolen ≥500.000 EW. Im Jahr 2009 gab es laut dem Gemeindeverzeichnis[6] 80 Städte ≥100.000 EW mit insgesamt 97 Gesundheitsämtern. Im Rücklauf entspricht die Anzahl der Ämter in Städten mit unter 50.000 EW und mit 100.000 bis unter 500.000 EW in etwa der Verteilung der Sitze von Gesundheitsämtern in Deutschland (Kleinstädte: beobachtetes n=75 gegenüber erwartetes n=76; Großstadt: beobachtetes n=24 versus erwartetes n=23,4).[7] Die Übersicht zeigt, dass Gesundheitsämter in Städten ≥500.000 EW im Verhältnis häufiger den Fragebogen beantwortet haben, als Ämter in kleineren Städten. Abb. 17 veranschaulicht die überdurchschnittliche Beantwortung durch Ämter in Großstädten (beobachtetes n=21 gegenüber erwartetes n=10).

Abbildung 17: Prozentuale Verteilung der Gesundheitsämter nach Stadtgröße des Amtssitzes in Deutschland und im Rücklauf (n=137)



6 | Vgl. Statistisches Bundesamt: www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/LaenderRegionen/Regionales/Gemeindeverzeichnis/Administrativ/AdministrativeUebersicht.html [04.10.2013].

7 | Die erwarteten Häufigkeiten werden wie folgt berechnet: Der Gesamtanteil der Stadtgrößen mit Sitz eines Gesundheitsamtes wird mit der Rücklaufanzahl multipliziert. Wenn also die Anzahl der Kleinstädte im Rücklauf repräsentativ für die Anzahl in ganz Deutschland wäre, müssten 139x0,553=76,867 befragte Ämter in Kleinstädten den Fragebogen beantwortet haben.

Nach der Stadtgröße des Amtssitzes ist die Verteilung im Rücklauf also nicht repräsentativ (s. Tab. 11).[8]

Tabelle 11: Übersicht der Anzahl an Gesundheitsämtern nach Stadtkategorie und der jeweilige prozentuale Rücklauf

	Angeschriebene Gesundheitsämter	Anzahl Antworten	Responserate
Kleinstädte	213	74	35,2 %
Städte	75	18	22,7 %
Großstädte	66	24	36,4 %
Metropolen	30	21	70 %
unbekannt[9]		2	
Summe gesamt	384	139	36,2 %

Die Gesundheitsämter in den Großstädten, die eine Bevölkerung von etwa 11 Millionen Menschen einschließen, sind mit einer Rücklaufquote von 70% überrepräsentiert. Großstädte haben vermutlich durch das größere Potenzial an Wohnungs- und Arbeitsstätten für undokumentierte Migrantinnen und Migranten als Lebensraum eine größere Bedeutung. Die Auswirkungen auf die Interpretation der Ergebnisse werden im letzten Abschnitt des Kapitels 5 diskutiert. Ein Ost/West-Gegensatz ist nicht systematisch als Einflussfaktor in der Rücklaufquote zu beobachten. Allerdings zeigt sich ein deutlicher Unterschied im Rücklauf nach Bundesland. Einige Amtsleitungen lehnen in ihrer Antwort eine Teilnahme an der Befragung mit dem Verweis auf die ablehnende Haltung des Deutschen Städtetages bzw. des Landkreistages ab. Die Stadtstaaten sowie Bayern und Thüringen beteiligten sich überdurchschnittlich oft an der Befragung, in anderen Bundesländern wird die Situation gar nicht (z.B. Saarland) bzw. nur eingeschränkt beschrieben (s. Tab. 9). Aus sieben Ämtern kamen jeweils zwei Fragebögen, separat vom Fachreferat für Tuberkulose und vom Referat STD/AIDS ausgefüllt, zurück, so dass die absolute Anzahl der Fragebögen höher liegt als in der Tabelle angegeben. In der Auswertung wird, soweit nicht anders angegeben bzw. keine Diskrepanzen in der Beantwortung bestehen, nur ein Fragebogen pro Gesundheitsamt

8 | Der Chi-Quadrat-Test, der die Annahme überprüft, ob ein Unterschied zwischen den Anteilen der Stadtgröße-Kategorien im Rücklauf und jenen in Deutschland besteht, zeigt bei einer angenommenen Irrtumswahrscheinlichkeit von $p<0{,}05$ ein signifikantes Ergebnis ($X^2=13{,}8$, df=3).

9 | In zwei Fragebögen wurde nicht angegeben, aus welchem Gesundheitsamt der beantwortete Bogen stammt.

berücksichtigt. 94 der 139 Gesundheitsämter haben den Fragebogen vollständig ausgefüllt. Zum Hauptstudieninteresse, dem Kontakt zu Migrantinnen und Migranten ohne Papiere sowie durchgeführten Behandlungen nach §19 IfSG, liegen insgesamt 138 Antworten vor. Die statistischen Daten werden mit Hilfe von IBM SPSS-Statistics, Version 19, ausgewertet. Im Sinne des explorativen Charakters der Studie erfolgt eine deskriptive Auswertung. Bedingt durch die vorwiegend kategorialen Variablen wird für Fragen nach Unterschieden der relativen Häufigkeiten von Merkmalen der Chi-Quadrat-Test nach Pearson verwendet. Die beobachteten Häufigkeiten werden dabei mit den aufgrund der Randsummen erwarteten Häufigkeiten verglichen. Der Wert der Irrtumswahrscheinlichkeit p wird auf $p<0{,}05$ festgelegt. Die Antworten auf offene Fragen werden zunächst in Kategorien unterteilt. Anschließend findet eine quantitativ-deskriptive Auswertung statt. In der Untersuchung werden weder klinische noch personenbezogene Daten erhoben.

5.2 Ergebnisse

Mit dem Auftreten von HIV/AIDS in Deutschland in den 1980er Jahren wurden Beratungsangebote und kostenlose, anonyme Testmöglichkeiten an den Gesundheitsämtern geschaffen (s. Kapitel 4.1). Das IfSG bildete ab 2001 die gesetzliche Grundlage für Beratung und Untersuchung bei Tuberkulose und STD. In der Mehrheit der Ämter gibt es Fachbereiche für HIV/AIDS und STD sowie einen Fachbereich Tuberkulose. Es stellt sich daher die zentrale Frage, inwieweit Migrantinnen und Migranten ohne Papiere als eine vulnerable Gruppe Leistungen des Gesundheitsamts in Anspruch nehmen (s. Frage 1 im Fragebogen).

5.2.1 Kontakte zu »illegalen« Migrantinnen und Migranten

138 Gesundheitsämter beantworten die Frage: »Haben Sie in Ihrem Gesundheitsamt Kontakt mit Migranten, die keinen legalen Aufenthaltsstatus besitzen und daher nicht die reguläre medizinische Versorgung in Anspruch nehmen können?« Etwa ein Viertel (24,6 %, n=34) gibt an, Kontakt zu Migrantinnen und Migranten ohne Papiere zu haben, drei Viertel verneint dies (75,4 %, n=104). Persönliche Gespräche mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Ämter sowie die Literaturrecherche legten nahe, dass der Aufenthaltsstatus primär keine Rolle spiele und daher auch nicht dokumentiert würde. Entscheidend könnte er bei Vorliegen von behandlungsbedürftigen Erkrankungen oder für eine stationäre Behandlung werden, wenn sich die Frage der Kostenträgerschaft stellt. In einem Beratungsgespräch könnte der fehlende Aufenthaltsstatus thematisiert und bei Diagnosestellung Behandlungs-

optionen und deren Bezahlung erörtert werden. Auch wäre es denkbar, dass die Zusammenarbeit mit NGOs dazu führt, dass Menschen ohne Papiere das Amt aufsuchen und deren Aufenthaltsstatus daher bekannt ist. In dem Fragebogen wird erhoben, ob die Beantwortung der Frage nach den Kontakten zu Menschen ohne Papiere auf Grundlage einer Dokumentation oder einer Einschätzung erfolgt. Etwa 81 % der Ämter machen hierzu eine Angabe. Die Mehrheit (81 %) beantwortet die Frage nach ihrer persönlichen Einschätzung, 19 % dokumentieren den Aufenthaltsstatus. Es gibt keinen Hinweis auf einen Zusammenhang zwischen Basis der Kontaktangabe (Einschätzung bzw. Dokumentation) und Antwortverhalten hinsichtlich stattgefundener Kontakte zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten.[10] In den Ämtern, die die Frage zur Dokumentation nicht beantworten, finden bis auf eine Ausnahme keine Kontakte zu Migrierten ohne Papiere statt. In Tabelle 12 ist die Anzahl an Kontakten nach Stadtgröße des Amtssitzes dargestellt.

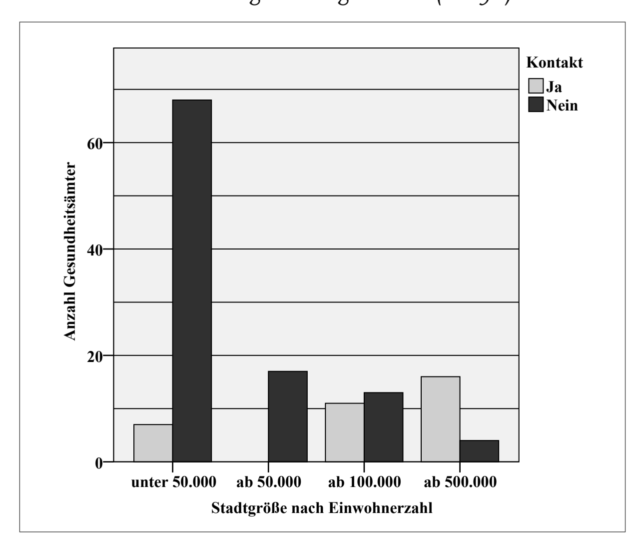
10 | Der Kontingenzkoeffizient Φ für die Vierfeldertafel, der den Zusammenhang zwischen zwei Variablen beschreibt, nimmt einen Wert von $\Phi=0{,}60$ an.

Tabelle 12: Anzahl an Kontakten zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten nach Stadtgröße-Kategorie (n=136)

			Kontakt		Gesamt
			Ja	Nein	
Stadtgröße nach EW	**unter 50.000**	**Anzahl**	**7**	**68**	**75**
		% innerhalb von Stadtgröße	9,3 %	90,7 %	100 %
		% innerhalb von Kontakt	20,6 %	66,7 %	55,1 %
		Standardisierte Residuen	-2,7	1,6	–
	ab 50.000	**Anzahl**	**0**	**17**	**17**
		% innerhalb von Stadtgröße	–	100 %	100 %
		% innerhalb von Kontakt	–	16,7 %	12,5 %
		Standardisierte Residuen	-2,1	1,2	–
	ab 100.000	**Anzahl**	**11**	**13**	**24**
		% innerhalb von Stadtgröße	45,8 %	54,2 %	100 %
		% innerhalb von Kontakt	32,4 %	12,7 %	17,6 %
		Standardisierte Residuen	2,0	-1,2	–
	ab 500.000	**Anzahl**	**16**	**4**	**20**
		% innerhalb von Stadtgröße	80 %	20 %	100 %
		% innerhalb von Kontakt	47,1 %	3,9 %	14,7 %
		Standardisierte Residuen	4,9	-2,8	–
Gesamt		**Anzahl**	**34**	**102**	**136**
		% innerhalb von Stadtgröße	25 %	75 %	100 %
		% innerhalb von Kontakt	100 %	100 %	100 %

80 % der Ämter in Städten ab 500.000 EW bejahen die Frage nach Kontakten zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten. Allerdings haben mit 21 % der Gesundheitsämter mit Kontakten auch die Kleinstädte einen gewissen Anteil. Bezogen auf die 75 Gesundheitsämter der Stadtkategorie »Kleinstadt« macht dies aber mit 9 % nur einen geringen Anteil aus. Der Chi-Quadrat-Test ist zum Unterschied in Stadtgröße und Kontakten mit $p<0,05$ signifikant ($X^2=53,307$; df=3). Betrachtet man die standardisierten Residuen, die standardisierte Differenz zwischen beobachteten und erwarteten Häufigkeiten, wird deutlich, dass Ämter in Städten mit unter 100.000 EW unterdurchschnittlich Kontakte zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten haben. Ämter in Städten ab 100.000 EW haben hingegen häufiger Kontakte als der Durchschnitt. In Metropolen ab 500.000 EW sind »keine Kontakte« selten anzutreffen (s. Abb. 18).

Abbildung 18: Anzahl an Gesundheitsämtern nach Stadtgröße und Kontakten zu »illegalen Migranten« (n=136)



Von den 34 Behörden mit Kontakt zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten konnten 24 angeben, wie viele Personen ohne Papiere im Jahr 2009 das Gesundheitsamt aufgesucht haben. Es sind allerdings so geringe Fallzahlen, dass dies eher die Situation in den einzelnen Ämtern beschreibt und nur wenig weitere Schlüsse zulässt. Die Angaben beruhen in 20 Fällen auf Schätzungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, nur in vier Fällen auf einer Dokumentation vor Ort. Erkennbar ist ein großer Sprung zwischen Gesundheitsämtern mit Kontakten zu unter 50 Personen und jenen mit über 150 Kontakten sowie eine tendenziell höhere Personenanzahl bei Gesundheitsämtern mit Sitz in einer Metropole (s. Abb. 19).

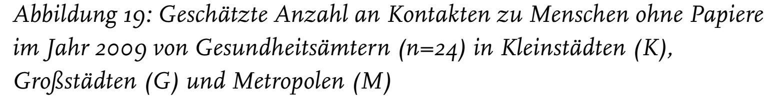
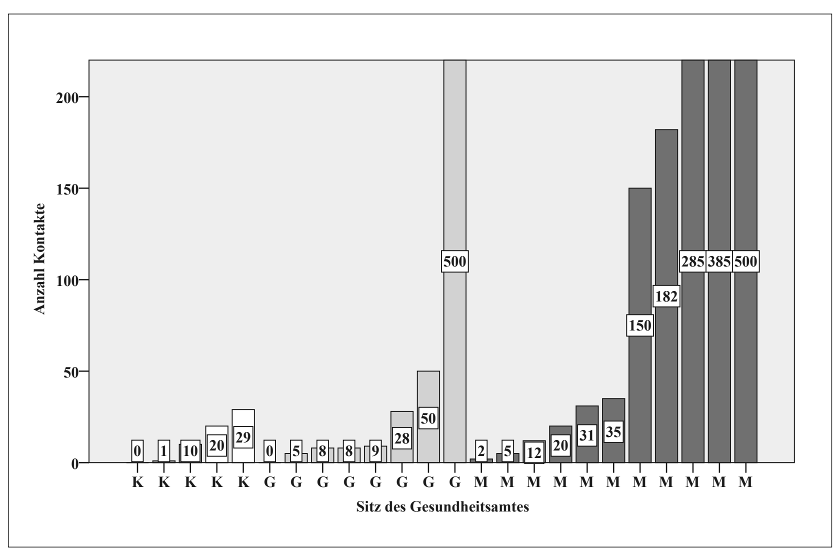


Abbildung 19: Geschätzte Anzahl an Kontakten zu Menschen ohne Papiere im Jahr 2009 von Gesundheitsämtern (n=24) in Kleinstädten (K), Großstädten (G) und Metropolen (M)



Anmerkung: Gesundheitsämter mit Sitz in der Größe-Kategorie Stadt geben keine Kontakte zu Menschen ohne Papiere an.

Von den 34 Gesundheitsämtern mit Kontakten zu Menschen ohne Papiere stufen sechs Ämter (17,6 %) diese ausschließlich oder überwiegend als »Sexarbeiterinnen« und »Sexarbeiter« ein. 13 Gesundheitsämter (38,2 %) geben an, sie seien es nur z.T., zwölf Ämter mit Kontakt verneinen dies (35,3 %). Die übrigen drei ergänzen den Fragebogen um eine weitere Kategorie mit »weiß nicht«.

5.2.2 Angebotsbewerbung der Gesundheitsämter

Die Frage nach Bemühungen, Migrantinnen und Migranten ohne Papiere für Beratung und Diagnostik zu erreichen, beantworten 137 Gesundheitsämter. Etwa 31 (22,6 %) Ämter bemühen sich nach eigenen Angaben, »illegale Migranten« auf ihr Angebot von Beratung und Diagnostik aufmerksam zu machen. Von diesen Ämtern hat über zwei Drittel (71 %) auch Kontakte zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten. Die überwältigende Mehrheit von 94 Ämtern (91 %) ohne Kontakte bemühte sich auch nicht, diese Gruppe zu erreichen (s. Tab. 13).

Tabelle 13: Kontakte der Gesundheitsämter zu Migrantinnen und Migranten ohne Papiere nach Bewerbung von Beratung und Diagnostik (n=137)

Stadtgröße				**Kontakt**		Gesamt
				Ja	Nein	
<100.000 EW	**Gezielte Bewerbung**	**Ja**	**Anzahl**	0	5	5
			% innerhalb Kontakt	0 %	5,9 %	5,4 %
		Nein	**Anzahl**	7	80	87
			% innerhalb Kontakt	100 %	94,1 %	94,6 %
	Gesamt		**Anzahl**	7	85	92
			% innerhalb Kontakt	100 %	100 %	100 %
≥100.000 EW	**Gezielte Bewerbung**	**Ja**	**Anzahl**	22	4	26
			% innerhalb Kontakt	81,5 %	25 %	60,5 %
		Nein	**Anzahl**	5	12	17
			% innerhalb Kontakt	18,5 %	75 %	39,5 %
	Gesamt		**Anzahl**	27	16	43
			% innerhalb Kontakt	100 %	100 %	100 %

Durch den Unterschied nach Kontakten und Stadtgröße, in der ein Gesundheitsamt seinen Sitz hat, ergibt sich entsprechend ein Unterschied nach Ämtern mit gezielten Bemühungen. Demnach sind gezielte Bemühungen der Ämter sowohl mit der Stadtgröße des Amtssitzes als auch – in der Konsequenz – mit Kontakten zu Menschen ohne Papiere assoziiert (s. Tab. 13 und Abb. 20).

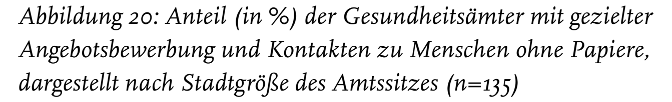
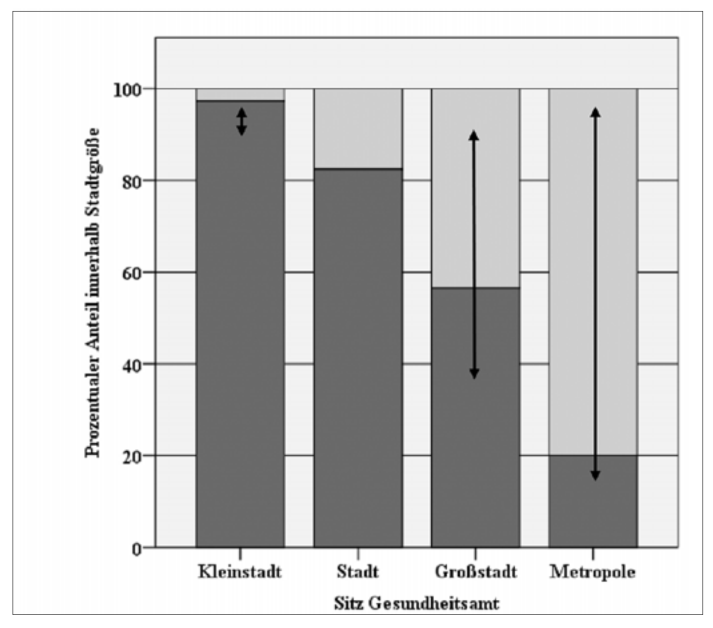


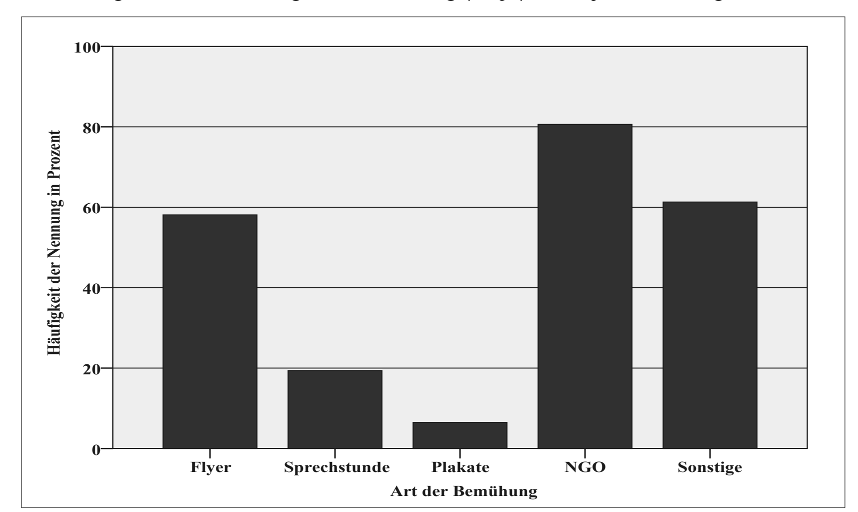
Abbildung 20: Anteil (in %) der Gesundheitsämter mit gezielter Angebotsbewerbung und Kontakten zu Menschen ohne Papiere, dargestellt nach Stadtgröße des Amtssitzes (n=135)



Anmerkung: Der schwarze Pfeil stellt den Anteil in Prozent innerhalb der Stadtgröße-Kategorie dar, der Kontakte zu »illegalen Migranten« angab (n=34). In der Kategorie »Stadt« wird kein Kontakt angegeben, daher entfällt hier der schwarze Pfeil.

Entsprechend der Stadtgröße nach Amtssitz gibt es auch eher Verbindungen zu weiteren Einrichtungen (z.B. rechtliche Beratungsstellen), die – bei entsprechenden Problemlagen ihrer Klientinnen und Klienten – auf das Angebot des Gesundheitsamtes hinweisen können. Die Art der gezielten Bewerbung des Angebots des Gesundheitsamtes wird bei möglicher Mehrfachnennung mit den Antworten »Flyer«, »Plakate«, »spezielle Sprechstunde« und »Hinweis an lokale Hilfsorganisationen« erhoben. Unter »Sonstige« können freie Antworten gegeben werden. 21 der 31 Ämter, die Bemühungen angeben, nennen mehr als eine Form der Angebotsbewerbung (67,7 %). Eine Mehrheit von 18 der 31 Institutionen nutzt Flyer (58 %), die große Mehrheit von 25 Ämtern (80,6 %) weist lokale Hilfsorganisationen auf ihr Angebot hin. Sechs Ämter geben an, eine spezielle Sprechstunde eingerichtet zu haben. Zwei Ämter nutzen Plakate zur Bekanntmachung. Fast 64 % (21 Ämter) machen unter »Sonstige« weitere Angaben, zusätzlich zwei Ämter, die Bemühungen verneint und daher eigentlich die Frage sechs nicht zu beantworten haben (Abb. 21).

Abbildung 21: Form der Angebotsbewerbung (n=31); Mehrfachnennungen



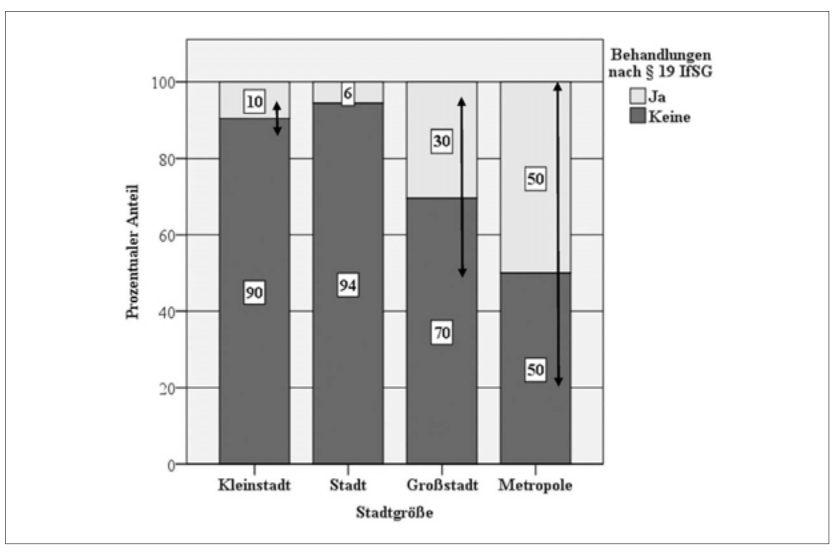
Der Eintrag »Streetwork« bzw. »aufsuchende Arbeit« gehört mit elfmal zu der häufigsten Angabe unter »Sonstige«. Diese Form der aktiven Tätigkeit findet nach Angabe z.T. spezifisch in der »Sexarbeiterszene« (n=4) statt. Acht Gesundheitsämter weisen unter »Sonstige« auf die enge Zusammenarbeit mit »NGOs«, »Beratungsstellen für Flüchtlinge«, »lokale Hilfsorganisationen« bzw. »Migrantenvereine« hin. Gesundheitsämter mit Kontakt zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten geben überwiegend mehrere Arten von Bemühungen an, Menschen ohne Papiere für das Angebot vor Ort zu erreichen (n=20). Angebotsbewerbung mit Flyern wird relativ häufiger genannt bei Ämtern mit Kontakten (77 % versus 11,1 %). Die Ämter mit Kontakten nutzen zudem Plakate und eine Sprechstunde. Ohne Kontakte wird nur in einem von neun Fällen mehr als eine Art der Bemühung genannt. Bei Gesundheitsämtern ohne Kontakt wird der Verweis an eine andere Organisation als gezielte Bemühung beschrieben.

5.2.3 Behandlungen nach § 19 IfSG

Der »Behandlungsparagraf« im Infektionsschutzgesetz richtet sich zunächst an alle Menschen, die aus den unterschiedlichsten Gründen von der regulären Gesundheitsversorgung nicht erfasst werden. Da erfahrungsgemäß aufgrund der Dokumentationsart in Ämtern eine Aussage über Behandlungen nach dem IfSG eher möglich ist als über eine Behandlung von Menschen mit oder ohne Papiere, wird im Fragebogen zunächst grundsätzlich nach Behandlungen gefragt. Bei dieser Frage wird, wie auch in der Frage zum Kontakt, auf eine zeitliche Dimension verzichtet. Von den insgesamt 139 antwortenden Gesund-

heitsämtern geben 25 (18,4 %[11]) an, Behandlungen nach §19 IfSG bereits durchgeführt zu haben; die große Mehrheit von 111 Ämtern (81,6 %) verneint dies. Von den drei Ämtern, die hier keine Angabe machen, haben zwei Kontakte zu Migrantinnen und Migranten ohne Papiere verneint, das dritte Amt auch zum Kontakt keine Angabe gemacht. Von den 25 Ämtern, die Behandlungen durchgeführt haben, geben 14 für 2009 Behandlungen von Menschen ohne Papiere an, fünf machen hierzu keine Angabe und sechs verneinen dies. Die Gesundheitsämter mit Kontakten zu Menschen ohne Papiere führen auch zu fast 53 % Behandlungen nach §19 IfSG durch. Wiederum geben 75 % der Ämter, die Behandlungen durchführen an, Kontakte zu dieser Gruppe zu haben. Auch in Hinblick auf §19 IfSG behandeln die Gesundheitsämter in Metropolen deutlich häufiger als solche in Gegenden mit unter 100.000 EW (s. Tab. 14 und Abb. 22), was vor allem im Zusammenhang mit angegebenen Kontakten stehen dürfte.

Abbildung 22: Anteil (in %) der Gesundheitsämter mit durchgeführten Behandlungen und Kontakten zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten, dargestellt nach Stadtgröße des Amtssitzes (n=135)



Anmerkung: Der schwarze Pfeil stellt den Anteil in Prozent innerhalb der Stadtgröße-Kategorie dar, der Kontakte zu »illegalen Migranten« angab (n=34).[12] In der Kategorie »Stadt« wird kein Kontakt angegeben, daher entfällt hier der schwarze Pfeil.

11 | Die Prozentangaben sind gültige Prozente, die fehlenden Werte werden also nicht berücksichtigt.

12 | Die Angaben der Kontakte zu undokumentierten Migranten und Migrantinnen stellen den relativen Anteil in Prozent in der jeweiligen Kategorie dar (beispielsweise führen

Tabelle 14: Behandlung nach §19 IfSG abhängig von Kontakten zu Migrantinnen und Migranten ohne Papiere, nach Stadtgröße des Amtssitzes (n=134)[13]

Stadtgröße	**Ja** **Nein**			**Behandlungen nach §19 IfSG**		Gesamt
				Ja	Nein	
<100.000 EW	**Kontakt**	**Ja**	**Anzahl**	**3**	**4**	**7**
			% innerhalb Behand-lungen	37,5 %	4,8 %	7,7 %
		Nein	**Anzahl**	**5**	**79**	**84**
			% innerhalb Behand-lungen	62,5 %	95,2 %	92,3 %
	Gesamt		**Anzahl**	**8**	**83**	**91**
			% inner-halb Behand-lungen	100 %	100 %	100 %
≥100.000 EW	**Kontakt**	**Ja**	**Anzahl**	**16**	**11**	**27**
			% innerhalb Behand-lungen	94,1 %	42,3 %	62,8 %
		Nein	**Anzahl**	**1**	**15**	**16**
			% innerhalb Behand-lungen	5,9 %	57,7 %	37,2 %
	Gesamt		**Anzahl**	**17**	**26**	**43**
			% inner-halb Be handlun-gen	100 %	100 %	100 %

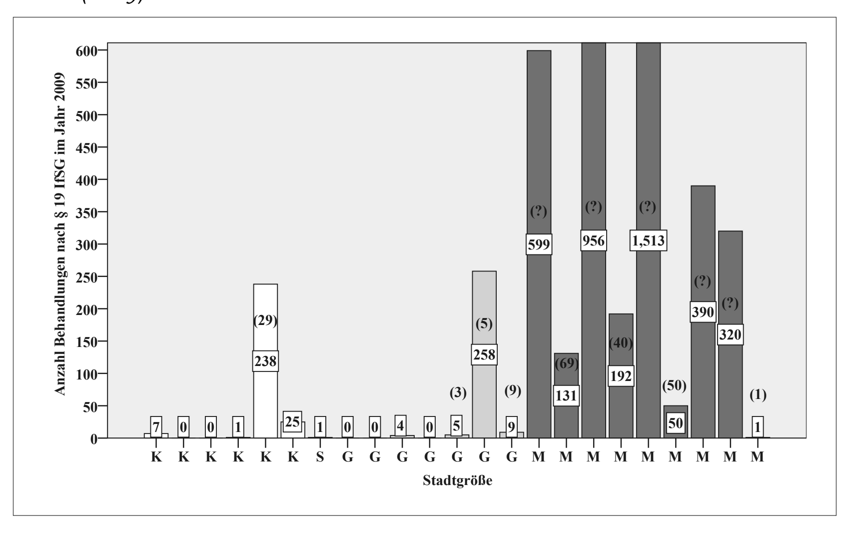
sieben Ämter mit Sitz in einer Kleinstadt Behandlungen nach § 19 IfSG durch, dies entspricht in der Kategorie 9,5 % bei insgesamt 74 Ämtern. Von diesen sieben gaben drei auch Kontakte zu undokumentierten Migranten und Migrantinnen an. Dies entspricht etwa 4,1 % unter den Kleinstädten.)

13 | Es sind n=134, da drei Ämter keine Angabe zu Behandlungen gaben und bei zwei Fragebögen die Herkunft unklar war.

Tab. 14 zeigt die Verteilung der Behandlungen nach §19 IfSG in Abhängigkeit der Stadtgröße des Amtssitzes und der angegebenen Kontakte. Neun Ämter können für das Bezugsjahr 2009 die Zahl der Menschen ohne Papiere unter den Patientinnen und Patienten angeben. Sie liegen zwischen null und 69 Personen. Lediglich zwei der neun Angaben beruhen dabei auf einer Dokumentation, die übrigen sieben Ämter schätzen die Zahlen lediglich. Zahlen von 50 oder mehr Patientinnen und Patienten werden – mit zwei Ausnahmen – vorwiegend von Gesundheitsämtern (n=10) mit Sitz in einer Metropole angegeben. Das Amt mit Sitz in einer Kleinstadt führt nach eigenen Angaben so viele Behandlungen nach §19 IfSG durch, da es mit einer Erstaufnahmestelle für Asylsuchende zusammenarbeite. Der Anteil der Behandelten ohne Papiere variiert deutlich unter den zehn Ämtern.

Aufgrund der wenigen Ämter, die Angaben zur Anzahl von Patientinnen und Patienten machen, eignen sich diese Daten ebenfalls nicht zu über den Einzelfall hinausgehenden Beschreibungen. Für die Zahl der Behandlungen nach §19 IfSG insgesamt – unabhängig von ihrem Hintergrund – machen 23 Ämter für das Jahr 2009 Angaben zwischen null und 1513 (s. Abb. 23).

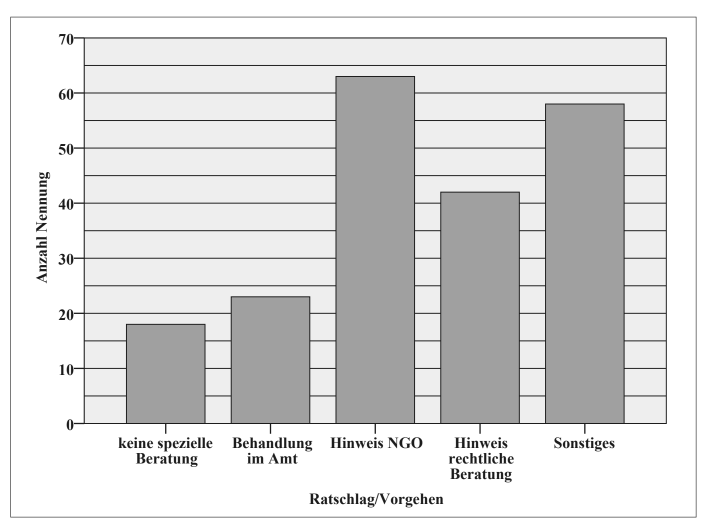
Abbildung 23: Anzahl Behandlungen nach §19 IfSG im Jahr 2009 in Gesundheitsämtern in Kleinstädten (K), Großstädten (G) und Metropolen (M), die eine Durchführung von entsprechenden Behandlungen grundsätzlich bejaht haben (n=23)



5.2.4 Beratung undokumentierter Migrantinnen und Migranten

Die Gesundheitsämter sollen im Fragebogen beantworten, was sie den Betroffenen raten würden, wenn ihre Behörde zur Untersuchung und Beratung bei STD, HIV/AIDS oder Tuberkulose aufgesucht wird bzw. werden würde. Zum Bereich STD und HIV/AIDS beantworten 113 Ämter die Frage. Mehr als die Hälfte (n=58; 51,3 %) der Ämter gibt mehr als eine Antwortmöglichkeit an. In Bezug zur Gesamtzahl der Fälle (n=113) verweisen 55,8 % aller befragten Gesundheitsämter an eine Hilfsorganisation und 37,2 % (n=42) an eine andere Stelle zur rechtlichen Beratung. Immerhin ein Fünftel (n=23) gibt an, dass ihr Amt eine Behandlung anbietet (20,4 %) oder anbieten würde (s. Abb. 24). Dabei haben 15 dieser 23 Gesundheitsämter ebenfalls angegeben, bereits Behandlungen nach §19 IfSG durchgeführt zu haben. Betrachtet man die freien Einträge unter »Sonstiges« (n=58), fallen einige wiederkehrende Antworttypen auf.

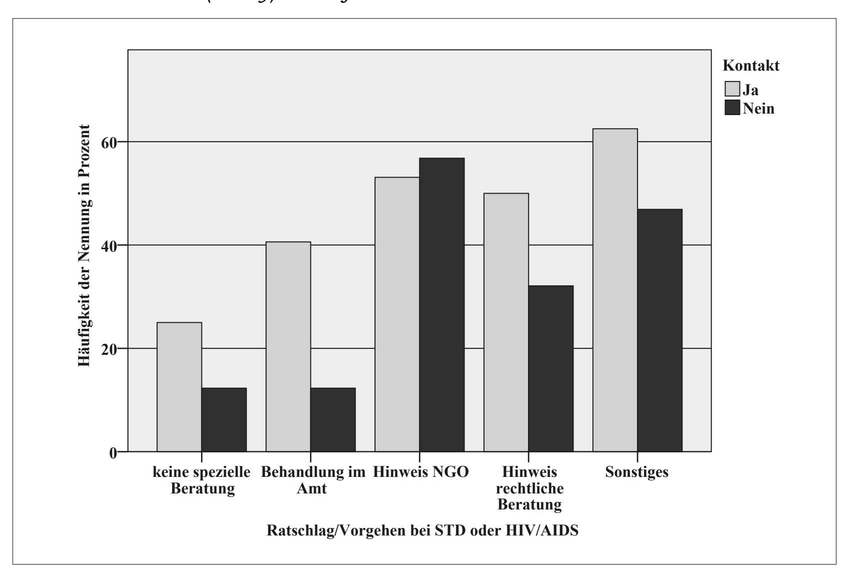
Abbildung 24: Empfehlung/Ratschlag an Migrantinnen und Migranten ohne Papiere, die zur Untersuchung von STD und/oder HIV/AIDS das Amt aufsuchen (n=113); Mehrfachantworten



So heißt es gehäuft »Vermittlung zu spezialisierten niedergelassenen Ärzten bzw. Kliniken« (n=20), wobei in einem Fall noch Folgendes angemerkt worden ist: »Potenzieller Behandler bekannt. Dazu ist zu sagen, dass wir im Kreis innerhalb der letzten 4-5 Jahre INSGESAMT lediglich 2 positive Testergebnisse auf HIV hatten. Beide waren keine Migranten und wurden an ein Zentrum

[...][14] verwiesen.« Neunmal wird auf den Einzelfall verwiesen: »Hierfür haben wir keine Festlegung; das weitere Vorgehen würde sich am Einzelfall orientieren«. Bei Ämtern mit Kontakt zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten heißt es z.B.: »Wir sehen uns den Einzelfall genau an und entscheiden dann über das Vorgehen. Bei HIV keine Behandlung im Amt. Verweis an kompetente Stellen.« Sechsmal wird angeführt, dass eine Beratung und ein »kostenloser, anonymer HIV-Test« angeboten werden. Fünfmal wird die Einschaltung des Sozialamts angegeben: »Wir vermitteln eine ärztliche Behandlung unter Einschaltung des Sozialamtes«. Und viermal wird schließlich explizit auf die Problemstellung einer HIV-Behandlung im Amt verwiesen, z.B. wie in dieser Anmerkung: »Behandlung kann im Amt nicht erfolgen bei HIV wegen der hohen Kosten«. Dabei zeigen sich Unterschiede nach bestehenden Kontakten zu Migrantinnen und Migranten ohne Papiere (s. Abb. 25).

Abbildung 25: Ratschlag/Vorgehen bei Migrantinnen und Migranten ohne Papiere, die zur Untersuchung von STD und/oder HIV/AIDS das Amt aufsuchen; nach Kontakt des Amtes (n=113); Mehrfachantworten

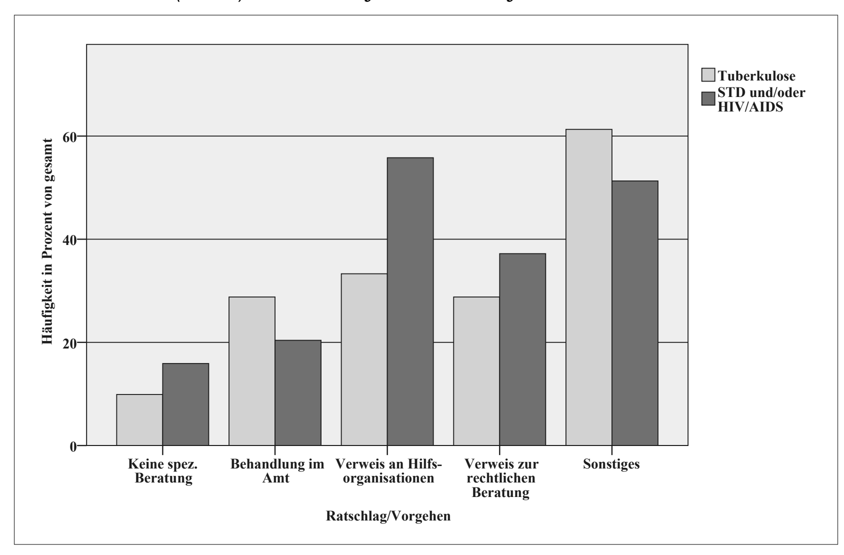


Die Unterschiede sind nach dem Chi-Quadrat-Test einzig in Hinblick auf das Angebot einer Behandlung im Amt signifikant. Dies bezieht sich sowohl auf den Vergleich der Gesundheitsämter nach Kontakt zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten (X^2=11,316, p<0,05) als auch auf bereits durchgeführ-

14 | Wegen Zusage der Anonymität wurde der Ort von der Autorin aus dem Zitat ausgeklammert.

te Behandlungen im Amt ($X^2=30,716$, $p<0,05$). Das bedeutet, ein signifikanter Unterschied in den Empfehlungen an Menschen ohne Papiere, die wegen STD bzw. HIV/AIDS ein Gesundheitsamt aufsuchen, findet sich lediglich in Hinblick auf das Angebot einer Behandlung im Amt. Die Gesundheitsämter, die bereits Kontakt zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten gehabt oder Behandlungen nach §19 IfSG durchgeführt haben, bieten auch häufiger eine Behandlung vor Ort an. Abb. 26 stellt die Unterschiede in der Vorgehensweise bzw. im Ratschlag der Ämter abhängig davon dar, ob Menschen ohne Papiere zur Beratung und Diagnostik von STD bzw. HIV/AIDS oder von Tuberkulose kommen. Ein Behandlungsangebot im Amt ist im Fall von Tuberkulose häufiger. Dabei zeigen sich strukturelle Unterschiede: Hat bei Tuberkulose die Hälfte der Ämter, die eine Behandlung im eigenen Amt anbietet (n=32), ihren Sitz in einer Stadt mit unter 100.000 EW, sind es bei STD bzw. HIV/AIDS (n=23) lediglich 21,7 %. Der Verweis an eine Hilfsorganisation oder an eine andere Stelle zur rechtlichen Beratung erfolgt häufiger bei STD bzw. HIV/AIDS. Mehrfachnennungen sind bei Tuberkulose mit 43,2 % der 111 antwortenden Ämter seltener als bei STD bzw. HIV/AIDS.

Abbildung 26: Ratschlag/Vorgehen bei Migrantinnen und Migranten ohne Papiere, die zur Untersuchung von STD und/oder HIV/AIDS (n=113) oder bei Tuberkulose (n=111) das Amt aufsuchen; Mehrfachantworten



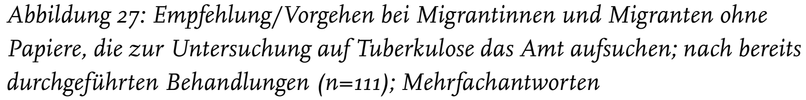
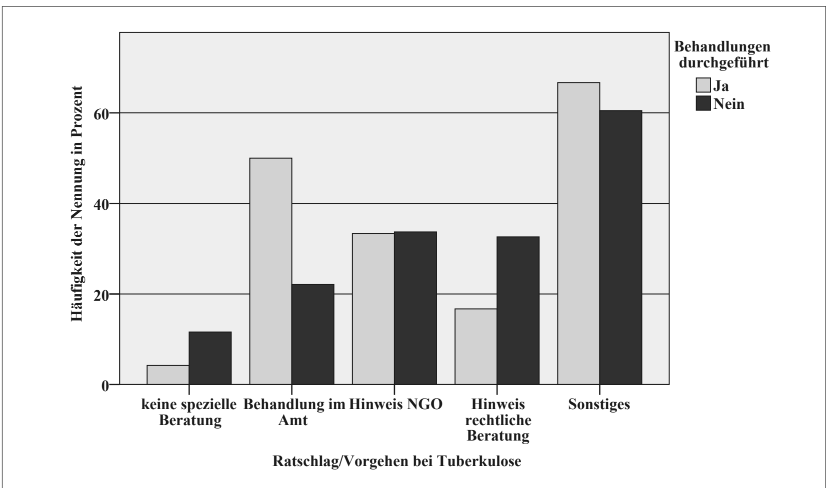


Abbildung 27: Empfehlung/Vorgehen bei Migrantinnen und Migranten ohne Papiere, die zur Untersuchung auf Tuberkulose das Amt aufsuchen; nach bereits durchgeführten Behandlungen (n=111); Mehrfachantworten



Wie bei STD bzw. HIV/AIDS lässt sich auch bei Verdacht auf Tuberkulose kein signifikanter Unterschied im Vorgehen bzw. in den Empfehlungen zwischen den Ämtern mit bzw. ohne Kontakte zu Menschen ohne Papiere ausmachen. Dies gilt gleichfalls für den Vergleich der Ämter, die bereits Behandlungen nach §19 IfSG durchgeführt bzw. nicht durchgeführt haben. Nur für das Behandlungsangebot im eigenen Amt lassen sich bei der Diagnose Tuberkulose signifikante Unterschiede zwischen den Ämtern mit und ohne bereits durchgeführte Behandlungen feststellen ($X^2=7{,}22$; $p<0{,}05$) (s. Abb. 27). Waren in der Vergangenheit bereits Behandlungen nach §19 IfSG im Amt durchgeführt worden, wird signifikant häufiger angeboten, eine Behandlung bei Tuberkulose im eigenen Amt durchzuführen (korrigierte standardisierte Residuen: 2,7). 56 Ämter geben unter »Sonstiges« Anmerkungen an. Tab. 15 gibt das Ranking wieder.

Tabelle 15: Ranking-Liste der Anmerkungen unter »Sonstiges« im Bereich Tuberkulose (n=56) und STD bzw. HIV/AIDS (n=53)[15]

	Gültige Prozent Tuberkulose	Gültige Prozent STD bzw. HIV
Verweis an Klinik oder Niedergelassene	28.6	39,6
Beratung und Diagnostik im Amt	21.4	17,0
Einzelfalllösung	12.5	11,3
nicht zuständig	12,5	5,7
Behandlung im Amt	10,7	7,5
bisher keine Menschen ohne Papiere	5.4	5,7
Sozialamt einschalten	5.4	5,7
bisher kein Vorgehen	1.8	3,8
Status nicht erhoben	1.8	3,8

Die Gesundheitsämter waren im Fragebogen aufgefordert, ihr geplantes Vorgehen auch dann anzugeben, falls sie bisher noch keine entsprechenden Patientinnen und Patienten hatten. Die häufigste Anmerkung lautet: »Wir suchen den Kontakt zum Facharzt« bzw. »würden an niedergelassene Ärzte verweisen«. Wie auch bei STD bzw. HIV/AIDS wird gehäuft auf eine Einzelfalllösung verwiesen: »Im Falle einer tuberkulostatischen Behandlung wäre die Kostenübernahme im Einzelfall zu klären« oder: »Hierfür haben wir keine Festlegung; das weitere Vorgehen würde sich am Einzelfall orientieren.« Aufgrund der unterschiedlichen Organisationsstrukturen gibt es, insbesondere in den Metropolen mit mehreren Gesundheitsämtern, in einigen Bezirken keine Anlaufstelle für Tuberkulose, STD und HIV/AIDS bzw. eine Zentralisierung der Angebote. Daher erklären sich einige Ämter als nicht zuständig. In Abb. 26 zeigt sich bereits ein leichter Unterschied im Behandlungsangebot zwischen STD bzw. HIV/AIDS und Tuberkulose. So weisen bei Tuberkulose auch mehr Gesundheitsämter als bei STD bzw. HIV/AIDS noch einmal explizit auf eine Behandlungsoption oder eine Kostenübernahme hin: »Die Behandlung wird von niedergelassenen Fachkollegen nach Kostenübernahme durch TBC-Fürsorge durchgeführt, der Aufenthaltsstatus ist unerheblich.« Oder: »Ggf. käme auch eine Behandlung im Amt in Betracht.« Zwei der sechs Ämter, die eine

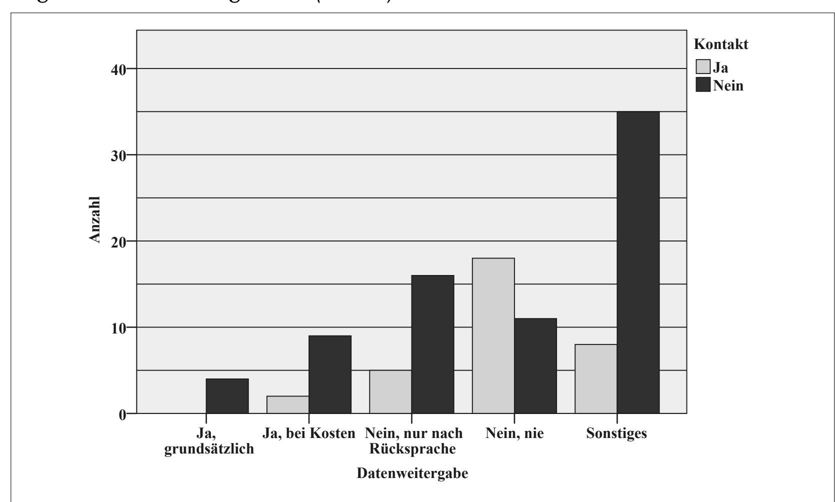
15 | Die Kategorisierung wurde nur vorgenommen, wenn der Wortlaut in der Anmerkung fast identisch war. In zwölf Fällen kam daher keine Einteilung in eine Kategorie der Liste in Betracht.

Behandlungsoption anmerken, hatten die entsprechende Antwortkategorie zuvor nicht angekreuzt. Drei Ämter würden das Sozialamt einschalten: »Wir vermitteln eine ärztliche Behandlung unter Einschaltung des Sozialamtes.« Vier weitere Stellen würden eine Legalisierung während der Behandlung erreichen wollen: »Wir bieten spezielle rechtliche und soziale Beratung, Legalisierung während der Therapiedauer, Kostenübernahme der Behandlung, organisieren Krankenhauseinweisungen.« Ein anderes Amt gibt an: »Wir legalisieren den Status für die Dauer der Behandlung unter Aussetzung der anstehenden Abschiebungsandrohung unter dem infektionsschutzrechtlichen Vorrang.« Ein weiteres Amt nennt folgendes Konzept: »Kontaktaufnahme mit dem Sozialamt zur finanziellen Sicherung einer ambulanten oder stationären Behandlung. Grundlage ist ein entsprechendes Abkommen mit dem Sozialamt. Die Ausländerbehörde wird in diesen Fällen nicht informiert.« Das Beratungs- und Untersuchungsangebot bei sexuell übertragbaren Erkrankungen und Tuberkulose steht allen Menschen offen. Die Möglichkeit, sich in einem Gesundheitsamt nicht nur beraten, sondern auch testen lassen zu können, soll die Hemmschwelle zur Diagnostik senken. Im Rücklauf der Fragebogenerhebung zeigt sich eine weite Verbreitung des anonymen Angebots der Testung auf eine HIV-Infektion. Die große Mehrheit von 120 (91,6 %) Ämtern gibt an, »kostenlose und anonyme Tests auf eine HIV-Infektion« anzubieten. Lediglich elf Ämter im Rücklauf verneinen dies. Die Gründe hierfür werden in vier Fällen angegeben: Entweder sind die HIV-Antikörpertests kostenpflichtig (n=3) oder die Testung wurde zentralisiert und damit nicht mehr in jedem Gesundheitsamt angeboten (n=1).

5.2.5 Umgang mit der Datenübermittlungspflicht

108 der befragten Gesundheitsämter beantworten die Frage nach der Datenweitergabe an die Ausländerbehörde bei Verdacht auf »illegalen Aufenthalt«. 15 Ämter bejahen eine Datenübermittlung (13,9 %), 50 Stellen (46,3 %) verneinen dies oder würden zumindest die Daten nur nach Rücksprache mit den Betroffenen weiterleiten. Schließlich machen 43 Ämter unter »Sonstiges« eine freie Angabe (39,8 %). 42 dieser Angaben lassen sich einer von drei Kategorien (keine Erfahrung mit Menschen ohne Papiere, Einzelfallentscheidung oder Angabe, dass es sich um ein anonymes Test- und Beratungsangebot handelt, weshalb sich nicht auf den Status schließen ließe) zuordnen (Abb. 28).

Abbildung 28: Angaben zur Datenweitergabe nach Kontakt zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten (n=108)



Folgende Aussagen sind Beispiele für die freien Angaben und Zuordnungen in die gebildeten Kategorien: »Keine Erfahrung« beinhaltet Einträge wie »bisher hat sich kein ›Illegaler‹ an unser Amt gewandt« oder »bisher kein Fall«. Der Verweis auf die Anonymität von Test- und Beratungsangebot erfolgt bei acht Ämtern mit der Angabe »anonymer HIV-Test«. Aussagen wie »Einzelfallentscheidung in Abhängigkeit von Gefährdung Dritter und Compliance« oder »müsste im Einzelfall geklärt werden« wurden der dritten Kategorie zugeordnet (Tab. 16).

Tabelle 16: Zuordnung der freien Angaben zur Datenweitergabe an die Ausländerbehörde bei Verdacht auf einen unerlaubten Aufenthalt

	N	Gültige Prozent
Keine Erfahrung	26	61,9
Anonymes Angebot	8	19,05
Einzelfallentscheidung	8	19,05
Gesamt	42	100

Tab. 17 macht den signifikanten Unterschied (X^2=10,612; p<0,05) im Umgang mit der Datenweitergabe in Abhängigkeit von Kontakten zu Menschen ohne Papiere deutlich. Der Anteil der Gesundheitsämter, die die Informationen zum Aufenthalt an die Ausländerbehörde weitergeben (würden), ist gering. Bei der Datenweitergabe nach Angaben zu durchgeführten Behandlungen er-

gibt sich ein ähnliches Bild: Es zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen Ämtern, die Behandlungen durchgeführt haben, und solchen, die dies bisher nicht tun. So geben die behandelnden Ämter seltener die Daten weiter ($X^2=13{,}199$; $p<0{,}05$). Insgesamt beantworten die Gesundheitsämter mit Sitz in einer Kleinstadt, die bisher keine Behandlungen nach §19 IfSG durchgeführt haben und keinen Kontakt zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten angeben, die Frage nach der Übermittlungspflicht seltener. 61,3 % der 31 »Nicht-Antworter« kommen aus einer Kleinstadt, 96,8 % haben keinen Kontakt und 100 % noch keine Behandlungen durchgeführt.

Tabelle 17: Datenweitergabe nach Kontakt zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten (n=108)

<table>
<tr><th colspan="3" rowspan="2"></th><th colspan="3">Datenweitergabe</th><th rowspan="2">Gesamt</th></tr>
<tr><th>Sonstges</th><th>Ja</th><th>Nein</th></tr>
<tr><td rowspan="6">Kontakt</td><td rowspan="3">Ja</td><td>Anzahl</td><td>2</td><td>23</td><td>8</td><td>33</td></tr>
<tr><td>% innerhalb von Datenweitergabe</td><td>13,3 %</td><td>46 %</td><td>18,6 %</td><td>30,6 %</td></tr>
<tr><td>Korrigierte Residuen</td><td>-1.6</td><td>3.2</td><td>-2.2</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">Nein</td><td>Anzahl</td><td>13</td><td>27</td><td>35</td><td>75</td></tr>
<tr><td>% innerhalb von Datenweitergabe</td><td>86,7 %</td><td>54 %</td><td>81,4 %</td><td>69,4 %</td></tr>
<tr><td>Korrigierte Residuen</td><td>1.6</td><td>-3.2</td><td>2.2</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">Gesamt</td><td>Anzahl</td><td>15</td><td>50</td><td>43</td><td>108</td></tr>
<tr><td>% innerhalb von Datenweitergabe</td><td>100 %</td><td>100 %</td><td>100 %</td><td>100 %</td></tr>
</table>

5.2.6 Humanitäre Sprechstunde

44 von 117 Gesundheitsämtern (37,6 %) geben an, dass ihnen das Modell der »Humanitären Sprechstunde« bekannt sei. Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Kenntnis und der Angabe, ob Kontakte zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten bestehen ($\Phi=0{,}203$, $p<0{,}05$). Haben 18 der 44 um die spezifische Sprechstunde wissenden Ämter (41 %) auch

Kontakte zu Menschen ohne Papiere angegeben, so verneinen 57 der 73 Stellen ohne diese Kenntnisse Kontakte (78 %). Innerhalb der Ämter mit Kontakten weiß über die Hälfte um solch eine Sprechstunde, während es in der Gruppe ohne Kontakte knapp unter einem Drittel war. Folgerichtig haben ebenfalls die Gesundheitsämter öfter Kenntnisse zur »Humanitären Sprechstunde«, die häufiger gezielte Angebotsbewerbung unternehmen und Behandlungen nach §19 IfSG bereits durchgeführt haben. Diese Gesundheitsämter haben auch öfter Kontakte angegeben. Die Frage zur Implementierung einer eigenen Sprechstunde wird von fast allen Gesundheitsämtern im Rücklauf beantwortet und verneint. Von 137 Ämtern geben acht Ämter an, eine solche Sprechstunde einrichten zu wollen. Diese Gesundheitsämter haben ihren Sitz in einer Stadt mit mindestens 100.000 EW, haben bereits Kontakte und bemühen sich, diese Gruppe der Bevölkerung für das Angebot im Gesundheitsamt zu erreichen.

5.2.7 Behandlung von nicht im IfSG aufgeführten Erkrankungen

Im Infektionsschutzgesetz sind 53 Krankheitserreger genannt, die bei ihrem Nachweis namentlich gemeldet werden müssen. Hinzu kommen neben dem HI-Virus fünf weitere Erreger, deren Nachweis nichtnamentlich zu melden ist. In Gesprächen wurde von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus Gesundheitsämtern berichtet, dass sie – obwohl in ihren Ämtern keine »Humanitäre Sprechstunde« angeboten wird – Behandlungen von nicht im IfSG genannten Erkrankungen durchführen. Dabei handele es sich um Behandlungen eher einfach zu therapierender Krankheiten, im Sinne einer zeitlich begrenzten, ambulanten Intervention. Die Gesundheitsämter werden daher in der Vollerhebung gefragt, ob sie Erkrankungen behandeln, die nicht im IfSG aufgeführt sind. Das Ergebnis ist in Abb. 29 dargestellt.

Insgesamt bieten 16 der 120 Gesundheitsämter (13,3 %) eine Therapie auch bei nicht im IfSG aufgeführten Krankheiten an. Die immerhin 56 Ämter, die primär an eine andere Stelle zur Behandlung verweisen, geben zur Hälfte jeweils Vermittlungen an Hilfsorganisationen (NGOs) und niedergelassene Ärztinnen bzw. Ärzte an. Das unterschiedliche Vorgehen der Gesundheitsämter bei nicht im IfSG genannten Erkrankungen – abhängig von der Stadtgröße des Amtssitzes – ist in Abb. 30 dargestellt.

Entsprechend des Zusammenhanges von Stadtgröße und Behandlung anderer Erkrankungen zeigt sich für die Ämter, die bereits Behandlungen nach §19 IfSG durchgeführt haben, die signifikant häufigere Angabe, auch andere, nicht im IfSG erwähnte, Erkrankungen zu behandeln (X^2=20,89; $p<0,05$). Da bereits durchgeführte Behandlungen fast nur Gesundheitsämter in Städten ab 100.000 EW betrifft, kann ein Zusammenhang von bereits durchgeführten Behandlungen und der Behandlung anderer Erkrankungen für diese Kategorie überprüft werden. Nach der Stärke des Zusammenhangs untersucht, er-

gibt sich für Cramers' V=0,563 (p<0,05). Ein ähnliches Bild ergibt sich für den Zusammenhang zu bisher stattgefundenen Kontakten (V=0,609; p<0,05) (s. auch Abb. 31).

Abbildung 29: Angaben zu Behandlungen nicht im IfSG genannter Erkrankungen (n=139)

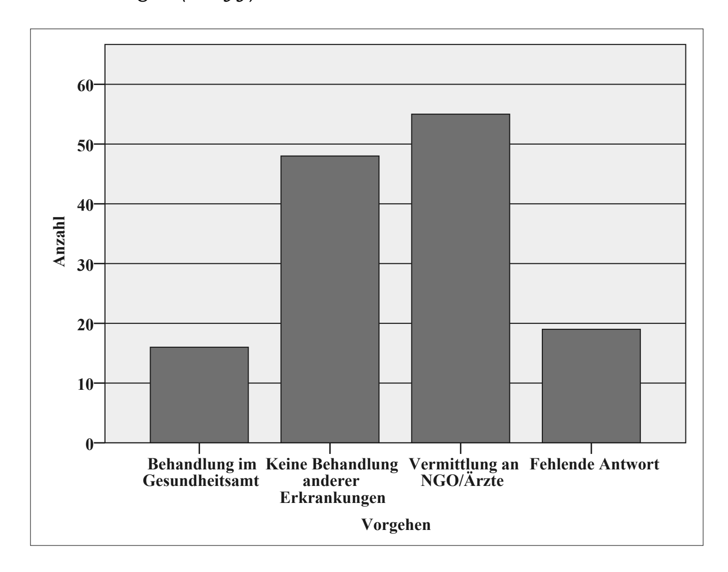


Abbildung 30: Angaben zu Behandlungen nicht im IfSG genannter Erkrankungen nach Stadtgröße des Amtssitzes (n=136)

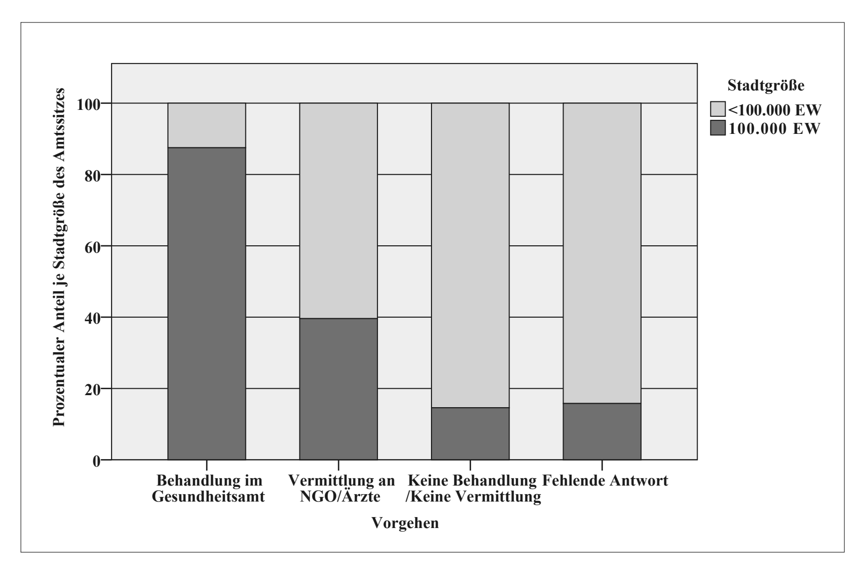
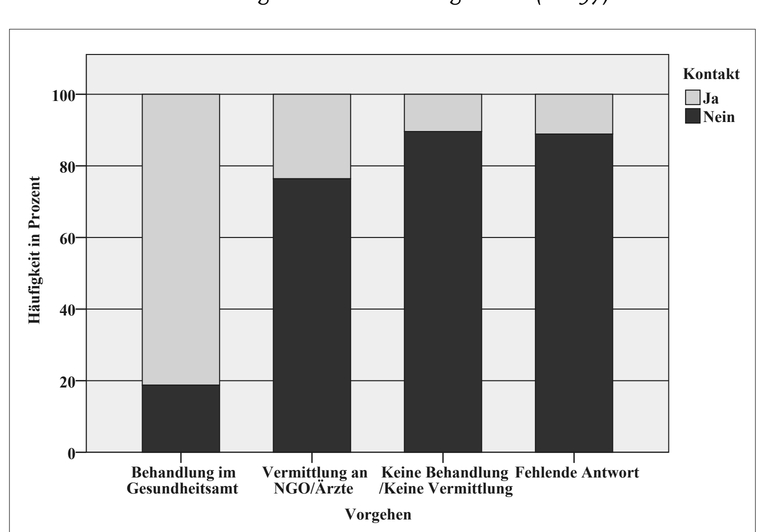


Abbildung 31: Angaben der Gesundheitsämter (in %) zur Behandlung nicht im IfSG genannter Erkrankungen, dargestellt nach Kontakten zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten (n=137)



5.2.8 Berufliche Position im Amt und Einschätzung

Der Fragebogen ist an die Amtsleitung adressiert mit der Bitte um Weiterleitung an die Person im Amt, die am ehesten Kontakt zu Migrierten haben könnte. So haben Personen mit verschiedenen beruflichen Positionen im Gesundheitsamt die Fragen beantwortet (s. Abb. 32). Es sind keine Antwortkategorien vorgegeben.

Es zeigen sich nach Stadtgröße und den Angaben zum Kontakt zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten deutliche Unterschiede, aus welcher beruflichen Position heraus der Fragebogen ausgefüllt wurde. Wurde der Fragebogen durch die Amtsleitung beantwortet, verneint eine Mehrheit von über 77 % einen Kontakt zu Menschen ohne Papiere. Innerhalb des ärztlichen und nichtärztlichen Personals zeigt sich eine fast gleichmäßige Verteilung zwischen jenen mit und jenen, die keinen Kontakt angeben. Aus den kleineren Städten mit unter 100.000 EW wurde die Mehrzahl der Fragebögen von der Amtsleitung ausgefüllt (80 %, n=74). Aus den großen Städten füllten vor allem die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Fachreferate die Fragebögen aus (52 %, n=23). Nach der persönlichen Bewertung der Versorgung undokumentierter Migrantinnen und Migranten am eigenen Gesundheitsamt befragt, beantworten 45 Ämter die Frage nicht; eine Mehrheit von 41,5 % der noch 94 antwortenden Ämter gibt an, dass sie keine Angabe dazu machen könne (s. Abb. 33).

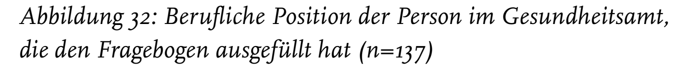


Abbildung 32: Berufliche Position der Person im Gesundheitsamt, die den Fragebogen ausgefüllt hat (n=137)

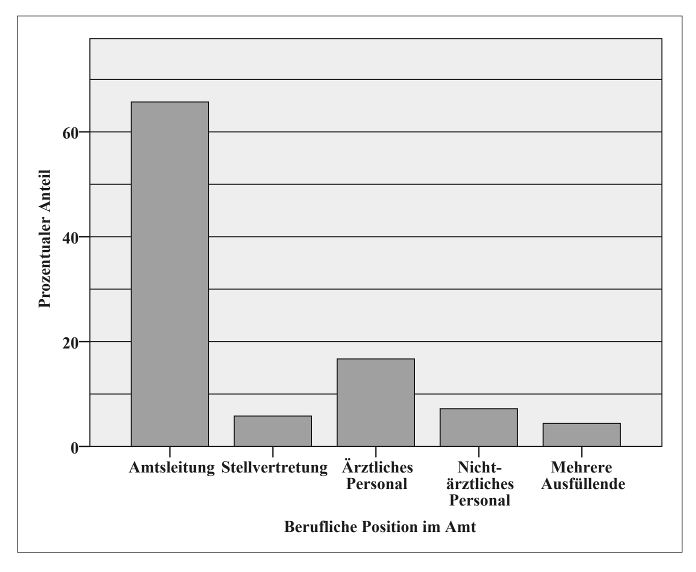
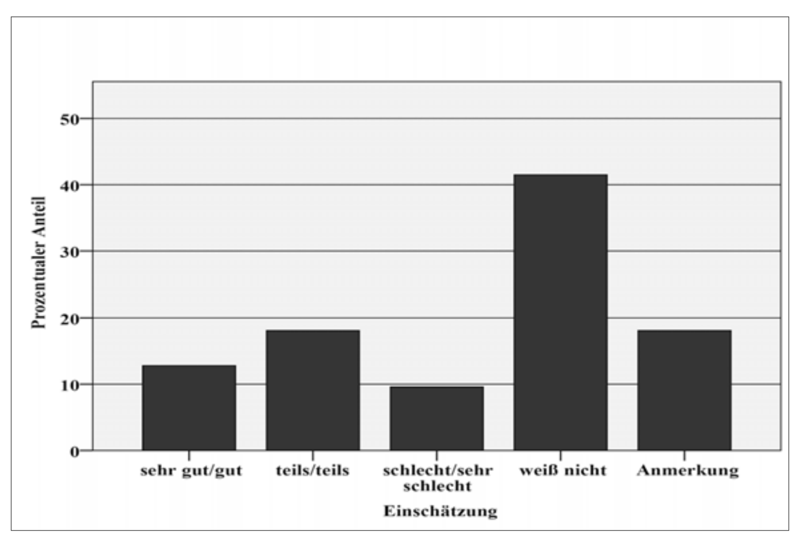


Abbildung 33: Einschätzung zur gesundheitlichen Versorgung undokumentierter Migrantinnen und Migranten am eigenen Gesundheitsamt (n=94)



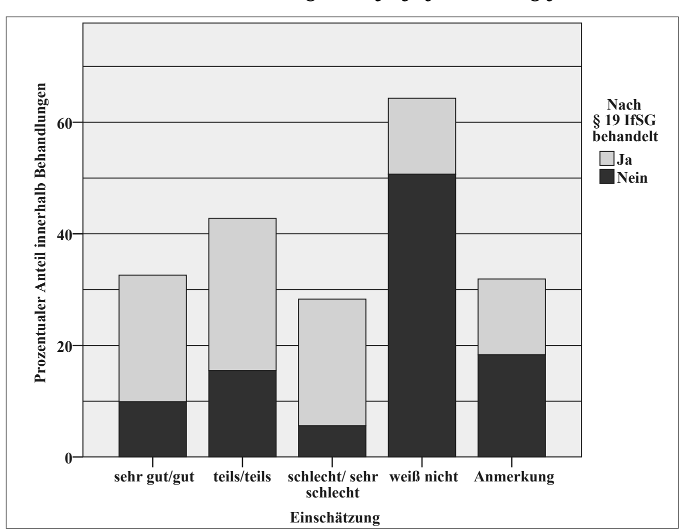
Anmerkung: In der Darstellung sind aufgrund der wenigen Fallzahlen die Antwortmöglichkeit »sehr gut« und »gut« sowie »schlecht« und »sehr schlecht« zusammengefasst. Die Kategorie »sehr schlecht« wählte keines der Ämter.

17 weitere Gesundheitsämter beantworten die Frage zur persönlichen Einschätzung nicht in den vorgegebenen Antwortkategorien, merken aber der Frage unmittelbar etwas an. 13 der 17 Ämter schreiben dazu, dass die Frage »entfällt, da bislang keine ›illegalen Migranten‹ zu versorgen waren,« oder dass »keine Einschätzung möglich [sei], da keine Behandlung« durchgeführt werde. Ein Amt notiert:

> »Wir sind ein sehr ländlicher Kreis. Aus meiner Sicht war der Bedarf bisher nicht gegeben oder zumindest kaum. Innerhalb von drei Jahren wurde nicht einmal nachgefragt. Wäre ein großer Bedarf da, hätte ich als Ärztin durchaus Interesse an einem Angebot. Es ist aber fraglich, ob dies auch von der Politik so gewollt wäre.«

Und zwei andere Gesundheitsämter schreiben hierzu: »gut bezüglich STD, schlecht bezüglich anderer allgemeiner Erkrankungen inklusive HIV« und »unterschiedlich nach Abteilung, im Bereich HIV/STD sehr gut«. Die persönliche Einschätzung, die medizinische Versorgung für undokumentierte Migrantinnen und Migranten am eigenen Gesundheitsamt sei schlecht, erfolgt signifikant häufiger von Ämtern, die Behandlungen nach §19 IfSG anbieten und somit auch relativ häufiger Kontakte zu Undokumentierten angeben (Exakter Test nach Fisher=14,942, $p<0,05$; Cramer-V=0,393, $p<0,05$). Innerhalb der Ämter, die Behandlungen nach §19 IfSG durchgeführt haben (n=22), geben 50 % an, dass sie die Versorgung vor Ort als »teils/teils« oder als schlecht einschätzten. Immerhin 22,7 % dieser Ämter finden ihre Versorgung gut oder sehr gut. Bei den Gesundheitsämtern ohne bisher durchgeführte Behandlungen (n=71) finden nur 9,8 % die Versorgung für undokumentierte Migrantinnen und Migranten an ihrem Amt gut oder sehr gut. 50,7 % wissen nicht, wie sie es einschätzen sollten. Mit 21,1 % beurteilt etwas mehr als ein Fünftel dieser Ämter die Versorgung vor Ort als »teils/teils« oder als schlecht. Die Gesundheitsämter ohne durchgeführte Behandlungen nehmen in der großen Mehrheit keine persönliche Einschätzung vor (»weiß nicht«) (s. Abb. 34). Unter den nicht antwortenden Gesundheitsämtern (n=45) befinden sich drei Ämter (6,7 %) mit Kontakten zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten. In der Mehrheit (60 %) handelte es sich um Ämter mit Sitz in einer Kleinstadt.

Abbildung 34: Einschätzung zur Versorgung von Menschen ohne Papiere am eigenen Gesundheitsamt (n=93) mit Anteil (in %) der Ämter, die eine Behandlung nach § 19 IfSG durchgeführt haben



5.2.9 Verbesserungsmöglichkeiten und Anmerkungen

Von 139 Gesundheitsämtern im Rücklauf geben 21 (15,1 %) unter Frage 20 konkrete Vorschläge an, um die Versorgung »illegaler Migranten« im eigenen Amt zu verbessern. Dies sind überwiegend Ämter mit Sitz in einer Großstadt oder Metropole (85,7 %), die bereits Kontakte zu Migrantinnen und Migranten ohne Papiere haben (76,2 %) und Bemühungen unternehmen, diese Gruppe für das Angebot des Amtes zu erreichen (85,7 %). Über die Hälfte dieser Gesundheitsämter hatte außerdem bereits Behandlungen nach §19 IfSG durchgeführt (52,4 %). Unter den Verbesserungsmöglichkeiten werden vor allem eine bessere finanzielle und personelle Ausstattung genannt (n=13), insbesondere »Sprachmittler« werden erwähnt. So heißt es z.B. aus einem Amt: »mehr personelle Ressourcen für die Zielgruppe ›illegale Migranten‹, spezifische Sprachmittler, bessere Vernetzung« und aus einem anderen: »es fehlen Sprachmittler«, und auch »finanzielle Mittel für Impfstoff«. Zwei Ämter wünschen sich bessere Kenntnisse der rechtlichen Rahmenbedingungen: »Es bestünde Interesse an einer Fortbildung über die aktuelle rechtliche Situation bzgl. Aufenthaltsrecht etc., da hier sowohl ärztlicherseits als auch auf Seite der Betroffenen noch viele Unsicherheiten bestehen.« In fünf Fragebögen werden Verbesserungsmöglichkeiten gesehen, die Angebote bei den Betroffenen bekannt zu machen, z.B. in Form von Broschüren, Flyern oder *Streetwork*. 54 Gesundheitsämter (38,8 %) beantworten die Frage nach möglichen Ver-

besserungen im eigenen Amt nicht. Unter Berücksichtigung von Stadtgröße, Kontakten, Behandlungen und Bemühungen, die Gruppe der Migrantinnen und Migranten ohne Papiere zu erreichen, ergibt sich zu der zuvor genannten Ämtergruppe ein inverses Bild (s. Tab. 18). Drei Ämter schreiben, dass sie keine Verbesserungsoptionen sähen. Diese drei Ämter haben ihren Sitz in einer Kleinstadt, haben bisher weder Kontakt zu Menschen ohne Papiere, noch hatten sie bisher Behandlungen nach §19 IfSG durchgeführt oder Bemühungen unternommen, diese Gruppe zu erreichen.

Tabelle 18: Charakteristika der vier Beantwortungstypen nach Verbesserungsmöglichkeiten im eigenen Amt (Frage 20)

	Konkrete Vorschläge	**Frage nicht beantwortet**	**Keine Vorschläge**	**Anmerkung**
Anzahl (n)	21	54	3	61
≥100.000 EW	85,7 %	18,6 %	0 %	29,5 %
Kontakt zu Papierlosen	76,2 %	9,3 %	0 %	21,3 %
Behandlungen nach §19 IfSG	52,4 %	5,7 %	0 %	18,6 %
Bemühungen	85,7 %	7,4 %	0 %	14,8 %

61 Gesundheitsämter nutzen die Frage zu Anmerkungen (43,9 %). Es finden sich unter den Eintragungen zu Frage 20 wiederkehrende Anmerkungen in ähnlichem oder identischem Duktus. Der Hinweis auf nicht vorhandenen Bedarf und nicht bestehenden Kontakt zu Migrantinnen und Migranten ohne Papiere ist die häufigste Anmerkung (62,3 %, n=38): »Bisher besteht kein Bedarf in unserer eher ländlichen Region.« Und: »Wir sind ein ländlich strukturierter Landkreis, sind mit dem Problem bisher nicht konfrontiert worden. Falls diese Menschen beim Gesundheitsamt vorstellig würden, würden wir im Rahmen unserer Möglichkeiten diese Hilfe anbieten bzw. sozialpsychologisch betreuen.« Zehn Gesundheitsämter merken an, dass sie sich bei gegebenem Fall um eine Lösung bzw. Therapie bemühen würden. So heißt es beispielsweise: »Das würde ich mit meinem Team besprechen, wenn der Fall mal eintreten sollte.« Personelle Unterbesetzung bzw. knappe Ressourcen werden achtmal in ähnlicher Form angemerkt:

»Die Ärzte der Gesundheitsämter sind mit ihren dienstlichen Pflichtaufgaben mehr als ausgelastet. Sie sind – ihrem Auftrag gemäß – nicht therapeutisch tätig und verfügen daher meist nicht über ausreichende praktische Erfahrungen in der Behandlung komplizierter Erkrankungen. Die Gesundheitsämter sind räumlich und technisch nicht für apparative diagnostische und therapeutische Maßnahmen ausgestattet. Die Ärzte der

Gesundheitsämter können also zu speziellen Fragestellungen (z.B. bei Infektionskrankheiten) die Helfer der Hilfsorganisationen fachlich beraten, selbstverständlich auch anonym, sie können aber die Behandlung und Versorgung nicht selbst übernehmen.«

In einer anderen Anmerkung heißt es: »Das Gesundheitsamt bietet mehrere fachliche Beratungen wie z.B. Sucht- oder Schwangerenkonfliktberatung sowie eine anonyme STD-Sprechstunde an, darüber hinaus gehende Angebote wären aber aufgrund der knappen Personal-Ausstattung nicht realisierbar!«

Aus einem Amt wird die personelle Struktur wie folgt geschildert:

»Struktur der Gesundheitsämter [...] erlaubt die o.g. Personalstruktur nicht. Das hier befragte GA [Gesundheitsamt; Anm. der Autorin] versorgt ca. 140.000 Einwohner mit (falls vollständig besetzt) 3 Ärzten, 2 sozialmed. Assistentinnen, 2 Hygieneinspektoren, 4 Verwaltungskräften. Sozialpädagogen gehören [...][16] nicht mehr zum Gesundheitsamt. O.g. Fragen sind für das befragte GA völlig unrealistisch.«

Im Übrigen verweisen sechs Ämter in ihren Anmerkungen auf die Anonymität beim HIV-Test bzw. dem Beratungsangebot:

»Bei den Tuberkulosefällen und den Umgebungsuntersuchungen haben wir zwar viele Personen mit Migrationshintergrund, aber die, die uns bekannt sind, halten sich alle legal hier auf. HIV unterliegt nicht der namentlichen Meldepflicht, insofern gibt es dazu sowieso keine Erkenntnisse. Die HIV Diagnostik im Gesundheitsamt wird anonym und kostenlos angeboten. Auch für die sexuell übertragbaren Krankheiten gibt es ja keine namentliche Meldepflicht mehr. Behandlungen nach § 19 IfSG werden in unserem Gesundheitsamt nicht angeboten.«

In fünf Anmerkungen wird herausgestellt, dass das Gesundheitsamt keine Behandlungen übernähme: »An unserem Gesundheitsamt finden keine Behandlungen statt (unabhängig vom Status legaler – illegaler Aufenthalt).« In anderen Anmerkungen (n=4) wird zudem auf das Problem eines niederschwelligen Zugangs und in diesem Kontext auf die Bedeutung des Hilfesystems verwiesen:

»Bislang besteht kein Konzept zum Umgang mit der Problematik. Neben personellen Ressourcen bestehen noch rechtliche Unsicherheiten, außerdem ist die Frage der Kostenübernahme zu klären. Das Gesundheitsamt ist als Teil des Landratsamtes, als ›Behörde‹ nicht niederschwellig erreichbar, Vertrauen muss zunächst aufgebaut werden. Daher sind Strukturen außerhalb des Amtes eine Alternative, um niederschwellig Hilfe

16 | Im Zitat sind die Hinweise zum Bundesland entfernt, um die zugesagte Anonymität zu gewährleisten.

anbieten zu können. Eine Vernetzung mit den maßgeblichen Akteuren (AK-Asyl, Diakonie, Sozialamt, ärztliche Vertreter aus Klinik und ambulanter Versorgung, Gesundheitsamt) wurde bereits etabliert. Das Gesundheitsamt nimmt eher Steuerungsaufgaben war.«

Aus einem Gesundheitsamt wird von der veränderten rechtlichen Lage der Patientinnen und Patienten berichtet. Auch wird – wie in einigen Fallbeispielen – auf notwendige Gesundheitsvorsorgeleistungen verwiesen, die über die in §19 und §20 Abs. 5 IfSG genannten Erkrankungen hinausgingen:

»Wir sprechen […] hier für die fachspezifischen Angebote im Bereich Gynäkologie und Dermatologie/Venerologie. Die Zahl der Menschen ohne legalen Aufenthalt nimmt bei uns deutlich ab, da ehemals ›Illegale‹ jetzt aufgrund der neuen EU Länder sich zwar legal […] aufhalten, aber nicht krankenversichert sind und große gesundheitliche Probleme haben, schwanger werden, und nicht wissen wer die Endbindungskosten übernimmt usw.«

In den übrigen Hinweisen zu Frage 20 wird einmal ein in Planung stehendes Konzept für ein weiter reichendes Angebot angesprochen; in drei Fällen wird darauf verwiesen, dass dies nicht Aufgabe der Gesundheitsämter bzw. staatlicher Strukturen sei und in einem Fall spekuliert, »wäre ein großer Bedarf da, hätte ich als Ärztin durchaus Interesse an einem Angebot. Es ist aber fraglich, ob dies auch von der Politik so gewollt wäre.« Eine Übersicht der Anmerkungen gibt Tab. 19 wieder.

Tabelle 19: Ranking der Anmerkungen zur Frage nach Verbesserungsmöglichkeiten im eigenen Amt (Frage 20, n=61); Mehrfachzählungen in den Antworten

	Anzahl
Kein Bedarf/Kein Kontakt zu Papierlosen	38
Lösung im Einzelfall	10
Knappe Ressourcen	8
Anonymität	6
Keine Behandlungen	5
Fehlende Niederschwelligkeit	4
Nicht Aufgabe des Gesundheitsamtes	3

5.2.10 Die Fallbeispiele

22 der 139 Gesundheitsämter schildern im Anhang des Fragebogens Kontakte zu Patientinnen und Patienten ohne Papiere bzw. ohne Krankenversicherung

(15,8 %). Im Folgenden werden die Fallbeispiele quantifiziert und einige Fallschilderungen exemplarisch dargestellt. Drei der 22 Ämter hatten im Fragebogen einen Kontakt zu »illegalen Migranten« verneint. In einem dieser drei Fälle ist das Gesundheitsamt nur durch den Leichenschauschein über die fehlenden Papiere informiert worden. Die Situation wird wie folgt geschildert:

»Der einzige in dieser Zeit (letzten 4 Jahre) bekannt gewordene Fall eines hier illegal lebenden Migranten war ein Todesfall eines männlichen Patienten aus einem Land östlich von Polen [sic!], der Ende Dezember 2009 an der Neuen Influenza erkrankte, unter falscher Krankenversicherungskarte eine Krankenhausaufnahme verweigerte und von dem dieses Amt erst über den Leichenschauschein erfuhr – die Umgebungsuntersuchung ergab, dass dieser sich schon Jahre ohne Papiere hier aufhielt.«

Ein Leiter eines weiteren Gesundheitsamtes schildert ein Hilfsangebot, das ihm aus einer anderen Stadt bei einem Amt bekannt sei. Im dritten Fall wird ein Kontakt zu einer Schwangeren ohne Krankenversicherung und ohne Aufenthaltsstatus erwähnt, ohne die Situation näher auszuführen. Dies wird als singulärer Fall beschrieben, darüber hinaus hätten noch keine Kontakte bestanden. In neun der übrigen 19 Fallschilderungen wird von Patientinnen und Patienten berichtet, die ohne Papiere das Gesundheitsamt aufgesucht hatten. Dabei handelt es sich in vier von insgesamt zehn geschilderten Fällen aus neun Gesundheitsämtern um Komplikationen im Rahmen einer Schwangerschaft. In einem Beispiel heißt es:

»Eine 16-jährige Vietnamesin stellt sich in der 27. Schwangerschaftswoche in unserer Dienststelle vor. Ihr Aufenthaltsstatus ist ungeklärt. Wie sie nach Deutschland kam, lässt sich nicht ermitteln. Sie verfügt über keinerlei Deutschkenntnisse und lebt angeblich bei Bekannten. Vorgehen: Hinzuziehen des Gemeindedolmetschers (Honorarkraft), medizinische und sozialpädagogische Betreuung in der Schwangerschaft. Bereits während der Schwangerschaft Einbeziehung des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes des Gesundheitsamtes. Erfolgreiche Suche nach einer Klinik, in der die Entbindung stattfinden kann (besonders bei med. Risiken). Probleme: Minderjährige Schwangere, unklare Situation, fraglich, wie das Wohl des Kindes am ehesten sichergestellt werden kann, weitere Betreuung.«

In drei der zehn geschilderten Fälle handelt es sich um Personen mit einer Tuberkulose. In einer Fallschilderung wird berichtet:

»Im Februar 2009 stellte sich ein 31-jähriger Mann aus Mazedonien schwerkrank in unserer Sprechstunde vor. Er war in reduziertem Allgemeinzustand, kachektisch und hustete fortlaufend. Es stellte sich heraus, dass der ihn begleitende Verwandte vorher mit ihm bei einem Lungenfacharzt gewesen war und dieser ihn nach Kenntnisnahme des

Röntgenbefundes an das Gesundheitsamt verwiesen hatte. Die mitgebrachten Papierausdrucke der Röntgenaufnahmen zeigten beidseitige ausgedehnte Infiltrationen mit großbullösen Destruktionen wie bei einer fortgeschrittenen Lungentuberkulose. Anamnestisch bestand Husten und Gewichtsverlust seit einem Jahr, Heiserkeit seit mehreren Wochen. Der Patient gab an, sich seit einiger Zeit bei seinem Verwandten hier [...][17] aufzuhalten. Er wurde von uns umgehend mit einem Krankentransport in eine Spezialklinik gebracht, wo sich die Tuberkulose bestätigte und außerdem ein Befall des Kehlkopfes und des Darmes festgestellt wurde. Trotz voller Sensibilität des Erregers war eine mehr als dreimonatige stationäre Behandlung erforderlich, nach deren Abschluss noch ein ausgedehntes Hohlraumsystem in einer Lunge bestand, so dass eine chirurgische Sanierung erwogen wurde. Da Aufenthaltsstatus und Versicherungssituation zum Entlassungszeitpunkt immer noch nicht geklärt waren, wurde der Patient zunächst nach § 19 IfSG von uns weiterbehandelt, auch die erforderlichen Kontrolluntersuchungen wurden hier durchgeführt. Schließlich erhielt der Patient eine befristete Duldung und die Behandlung wurde bei einem niedergelassenen Lungenfacharzt zu Ende geführt. Es ist nach den unvollständigen und z.T. widersprüchlichen Angaben davon auszugehen, dass der Patient sich schon länger oder wiederholt illegal in Deutschland bei seinem Verwandten aufgehalten hat, seine Deutschkenntnisse waren gut. Wahrscheinlich handelt es sich bei diesem um den Bruder, dieser besitzt eine Aufenthaltsgenehmigung und arbeitet in einem Schlüssel- und Schuhdienst. Ein Arztbesuch bzw. eine Behandlung war für beide nicht finanzierbar und wurde so bis zur Lebensbedrohlichkeit hinausgeschoben.«

In drei anderen Schilderungen wird von Patientinnen mit STD berichtet, einer Frau mit einem fortgeschrittenen Zervixkarzinom und einer Patientin in der Prostitution mit verschiedenen Problemlagen. In sieben der 19 Schilderungen werden Fällen geschildert, in denen Personen keine Krankenversicherung haben und aus unterschiedlichen Gründen das Gesundheitsamt aufgesucht hatten:

»In die [...] Sprechstunde kommt ein älterer Mann aus Rumänien (also offiziell seit 2007 kein ›Papierloser‹), der sich nur mittels einfachem Gehstock schwer auf den Beinen halten kann. Er lebt seit fast 20 Jahren in Deutschland. Vor kurzem hat er [...] einen Schlaganfall erlitten und eine Halbseitenlähmung behalten. Das [...] Sozialamt lehnt auch auf unsere Nachfrage jede Kostenübernahme ab. Die Kosten der akuten Notfallbehandlung im Krankenhaus werden ebenso nicht bezahlt wie jegliche Hilfen zur Wiederherstellung eines besseren Gesundheitszustandes. Der Mann kann nicht arbeiten, er verliert seine Wohnung, er hat kein Geld, um sich Lebensmittel zu kaufen etc. Vielen Problemen dieses Mannes können wir nicht abhelfen. In der [...] Sprechstunde beschließen wir aber,

17 | Im Zitat sind Hinweise zur Stadt entfernt, um die zugesagte Anonymität zu gewährleisten.

ihm wenigstens krankengymnastische Übungen zu finanzieren, außerdem vermitteln wir einen kooperierenden Hausarzt. Er kann mittlerweile wieder besser gehen. Wir zahlen weiterhin Medikamente und momentan die komplette Zahnsanierung für ihn wg. langjähriger Schmerzen bei desolatem Zahnstatus. Mittlerweile war der Patient ca. 20 Mal bei uns. Die beschränkten Hilfemöglichkeiten insbesondere für unversicherte Neu-EU-Bürger (haben keinerlei gesetzlichen Anspruch auf Sozialleistungen in D [sic!] laut Sozialamt [...][18]) sind sehr belastend für die behandelnden und beratenden Personen.«

Aus einem anderen Gesundheitsamt wird die Problematik nach Schwangerschaft und Geburt geschildert:

»1) Wir betreuen ein Frühgeborenes der 31. SSW mit 1300g Gewicht; dieser Säugling bedarf aufgrund der Komplikationen bei Frühgeburtlichkeit neben unserer Betreuung weiterer Untersuchungen + Diagnostik. Diese können nicht erfolgen, da die Familie sich keine Krankenversicherung leisten kann. 2) Da wir z.Zt. eine erhebliche Zunahme von Migranten aus Rumänien und Bulgarien zu verzeichnen haben, wird es in absehbarer Zeit nicht mehr möglich sein alle Kinder durchzuimpfen. Da der Impfstoff sehr teuer ist, werden die meisten Eltern sich diesen privat nicht besorgen können – die Kinder bleiben ungeimpft.«

In den anderen beiden Fällen werden Situationen ohne konkreten Patientenbesuch allgemein geschildert wie z.B. folgendermaßen: »Mehrere Zuweisungen von Patienten aus der Sprechstunde der ›Malteser Migranten Medizin‹ wurden nach einem interkollegialen Austausch an das Gesundheitsamt ›Impfsprechstunde‹ insbesondere für Kinder umgesetzt [sic!].«

5.3 Diskussion der Ergebnisse im Einzelnen

5.3.1 Rücklauf

Je nach Sichtweise sandten nur – oder immerhin – 139 der 384 befragten Gesundheitsämter den Fragebogen zurück. Es gibt keinen einheitlichen Richtwert zur Beurteilung der Höhe des Rücklaufs einer Befragung. Die Responserate hängt von Zielgruppe, Thema und Aufbau der Befragung ab. Auch wer fragt, der Absender, kann die Anzahl der Rücksendungen beeinflussen.[19] So hat der Deutsche Städtetag eine mit der vorliegenden Umfrage gleichzeitig stattfindende Befragung der Gesundheitsämter durch das RKI als unterstützens-

18 | Im Zitat sind Hinweise zur Stadt entfernt, um die zugesagte Anonymität zu gewährleisten.

19 | Vgl. beispielsweise Geyer (2003), S. 57-58.

wert eingestuft, ohne dass das RKI den Deutschen Städtetag um Zustimmung seiner Studie gebeten hätte.[20] Eine Vollerhebung zur Umsetzung des Meldewesens an den Gesundheitsämtern, vom RKI 2002 durchgeführt, hatte bereits einen sehr hohen Rücklauf von 94 % erzielt.[21] Die Befragung von 2001 durch Steffan et al. von »SPI Forschung« mit Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit erzielte hingegen einen Rücklauf von 44 %.[22] Der institutionelle Rahmen einer Universität könnte bei der vorliegenden Studie möglicherweise mit Praxisferne assoziiert und damit eine Abwehrhaltung bei den Leitungen der Gesundheitsämter hervorgerufen haben. Diese Überlegung beruht auf Eindrücken aus Einzelgesprächen mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Ebenso ist es denkbar, dass das Thema der nichtversicherten sowie papierlosen Migrantinnen und Migranten im Kontext der Tätigkeit der Gesundheitsämter mit einer politischen Haltung verbunden und abgelehnt worden ist. Vor dem Hintergrund defizitärer Verhältnisse könnte die Befragung als Angriff auf bestehende Strukturen interpretiert worden sein; die Nichtteilnahme könnte die Konsequenz sein. Die Antworten aus einigen Gesundheitsämtern weisen in diese Richtung. So hieß es beispielsweise aus einem Gesundheitsamt, dass es nichts mit Menschen ohne Papiere zu tun hätte und der Fragebogen suggestiv sei. Andere schrieben per E-Mail, dass Gesundheitsämter hierfür nicht zuständig und sie mit ihrer Arbeit bereits mehr als ausgelastet seien. Auch wiesen einige in E-Mails darauf hin, dass sie weder »Zeit noch personelle Ressourcen« zur Beantwortung hätten. In einem Fall wird für die Beantwortung eine Forderung von 50 € erhoben. Die Haltung der Landkreistage, des Deutschen Landkreistages und des Deutschen Städtetages wird ebenfalls die Rücklaufquote gesenkt haben. Schwierig war die Entscheidung, ob der Deutsche Städtetag zuvor um sein Einverständnis befragt werden sollte. Bei der Vollerhebung von Steffan et al. 2001[23] hatte sich der Deutsche Städtetag vor Beginn der Studie gegen eine Teilnahme ausgesprochen. Daher konnte auch bei dieser Erhebung mit einem negativen Bescheid des Deutschen Städtetages gerechnet werden. Es war unklar, wie sich eine vorausgehende Mitteilung an die Ämter auswirken und inwieweit Gesundheitsämter überhaupt in ihrer Entscheidung zum Ausfüllen Bezug auf den Städtetag nehmen würden. Ob eine zeitlich weitaus frühere Anfrage beim Deutschen Städtetag zu einem positiven Bescheid geführt hätte, ist unklar. Allerdings wäre es vermutlich empfehlenswerter gewesen, alle zuständigen Landesbehörden der 16 Bundesländer vorab um Unter-

20 | Dies ergibt sich aus einem Schreiben des Deutschen Städtetages an die Gesundheitsämter, welches der Autorin von einem Mitarbeiter eines Amtes im März 2011 weitergeleitet worden war.

21 | Vgl. Robert Koch-Institut (o.J.), S. 3.

22 | Vgl. Steffan et al. (2002), S. 13.

23 | Ebd., S. 13.

stützung zu bitten. Es sind mit wenigen Ausnahmen (zwei aus Niedersachsen, eines jeweils aus Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein) fast nur die Gesundheitsämter in Hessen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz, die eine Teilnahme mit Verweis auf den Deutschen Städtetag, den Deutschen Landkreistag oder den jeweiligen Landkreistag des Bundeslandes verweigern. Aus den sechs Gesundheitsämtern des Saarlandes erfolgte auch nach Erinnerung keine Reaktion. Es ist nicht bekannt, warum die Ämter des Saarlandes in ihrer Gesamtheit eine Teilnahme verweigerten und eine Rückmeldung unterließen. Somit kann zwar die Situation im Saarland nicht abgebildet werden, es gibt allerdings aus Gesprächen mit Expertinnen und Experten sowie aus der Literatur keinerlei Hinweise, dass sich die dortige Situation anders als im Rest des Landes darstellen würde. Mit seinen lediglich etwa eine Million EW repräsentiert das Saarland auch nur einen kleinen Teil der Bevölkerung, so dass es für eine Gesamteinschätzung der Lage in Deutschland vermutlich zu vernachlässigen ist. Eine höhere Responserate hätte wahrscheinlich die Ergebnisse nicht wesentlich verändert. Denn vermutlich hätten eher die Ämter geantwortet, die mit den Problemlagen unversicherter sowie undokumentierter Migrantinnen und Migranten konfrontiert sind; sie würden sich durch den Fragebogen eher angesprochen fühlen. Die Gesundheitsämter ohne Kontakte sind mit n=104 in ihrem Antwortschema bereits gut abgebildet.

5.3.2 Kontakte zu »illegalen Migranten«

Es sind vor allem die Ämter in den Großstädten, die Kontakte mit Migrantinnen und Migranten ohne Papiere angeben. 80 % der Ämter in Städten ab 500.000 EW bejahen die Frage. Der Befund überrascht nicht, erwartet man doch, dass sich Menschen ohne Papiere vor allem in den größeren Städten bzw. Metropolen aufhalten und arbeiten. Die Sozialstruktur in den Großstädten und Metropolen, insbesondere in den Stadtstaaten, begünstigen vermutlich den Zuzug von undokumentierten Migrantinnen und Migranten. Der Anteil an Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit ist größer und bildet damit ein potenzielles Netzwerk. Auch bestehen mehr Möglichkeiten, eine Arbeit zu finden und eine Unterkunft, die unentdeckt bleiben kann; beim Arbeitsangebot muss einschränkend auf den vermehrten Bedarf in der Landwirtschaft zu Stoßzeiten verwiesen werden. Bei zur einheimischen (Mehrheits-)Bevölkerung offensichtlich divergierendem körperlichem Erscheinungsbild ist das Auftreten im öffentlichen Raum in der Großstadt mit einem höheren Anteil Migrierter gefahrloser. Die vermehrte Konfrontation mit undokumentierten Migrantinnen und Migranten, die eine medizinische Versorgung benötigen, erhöht sicherlich entscheidend den Handlungsdruck öffentlicher Stellen. Doch auch in kleineren Städten wächst das Angebot an medizinischer Unterstützung durch NGOs und deren Inanspruchnahme. Daher fällt der sehr ge-

ringe Anteil an Gesundheitsämtern mit Standorten in kleineren Städten mit unter 100.000 EW auf, die Kontakte angeben. Ein weiterer Grund könnte die lange Tradition der Gesundheitsfürsorge in den Großstädten und insbesondere in den Stadtstaaten darstellen: Die höhere Bevölkerungsdichte, die Wohnverhältnisse, Arbeitsbedingungen etc. und das damit einhergehende epidemische Auftreten von Infektionskrankheiten sowie vorhandene Infrastrukturen ließen bereits vor über 100 Jahren erste »Fürsorge«-Stellen für Bedürftige entstehen. Die Gesundheitshilfe ist hier traditionell verankert. Zudem weist das Ergebnis der RKI-Befragung von 2001 auf die unterschiedliche und komfortablere Personalausstattung in den Stadtstaaten hin. Dieser großzügigere Personalschlüssel erweist sich als vorteilhaft im Ausbau weiterer Angebotsstrukturen. Gesundheitsämter mit Sitz in einer Stadt ab 100.000 EW, die den Fragebogen beantwortet haben und einen Kontakt zu Menschen ohne Papiere verneinen, finden sich zumeist in der Nähe eines Gesundheitsamtes, das Kontakte bejaht. So ergibt sich der Eindruck, dass sich in einer großen Stadt ein Gesundheitsamt finden lässt, das zumindest in Beziehung zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten getreten ist. Weitere Überlegungen zur geografischen Verteilung der verschiedenen Kategorien von Ämtern können zur Wahrung der Anonymität nicht angestellt werden.

Durch die insgesamt stärkere Vertretung von Metropolen im Rücklauf ist wahrscheinlich der Anteil der Kontakte mit Migrantinnen und Migranten ohne Papiere im Rücklauf höher, als er tatsächlich in Deutschland zu finden wäre. Würde man im Rücklauf eine für Deutschland repräsentative Verteilung der Stadtgröße-Kategorien vorfinden und könnte man davon ausgehen, dass der Anteil an Kontakten zu Menschen ohne Papiere der Ämter mit Sitz in der jeweiligen Stadtgröße repräsentativ wäre, so müssten insgesamt etwa 19,1 % aller Gesundheitsämter Kontakte zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten bejahen. Bei bundesweit 384 Gesundheitsämtern würde das in etwa 73 Ämtern entsprechen. In der vorliegenden Befragung gaben 34 Ämter Kontakte an (24,6 %). Die absoluten Zahlen sind zu gering, als dass allgemeine Aussagen zu Patientinnen und Patienten in den Städtekategorien von Metropole bis Kleinstadt möglich wären.

Ein anderer Umstand könnte zu einer Unterschätzung des Verhaltens kommunaler Dienste führen: Es ist unklar, inwieweit andere Fachbereiche von kommunalen Behörden, die durchaus auch Menschen ohne Papiere gesundheitsrelevante Unterstützung anbieten,[24] mit in die Befragung einbezogen wurden. Es ist denkbar, dass Gesundheitsämter oft nicht darüber in Kenntnis gesetzt sind, wie andere Bereiche der Kommune handeln. So könnte der An-

24 | So ist beispielsweise aus der Region Hannover bekannt, dass dort im Fachbereich Jugend bzw. seit 2012 im Fachbereich Soziales eine kostenlose Impfsprechstunde angeboten wird.

teil an Kontakten wiederum höher liegen als angenommen. Allerdings hätte dies sicherlich nur eine marginale Verschiebung zur Folge: Angesichts der Größe der Verwaltungen ist dies vor allem für Großstädte bzw. Metropolen denkbar, von deren Ämtern bereits relativ häufig Kontakte, Bemühungen und Behandlungen angegeben werden. Zudem sind erfahrungsgemäß Akteure, die wiederholt in Kontakt zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten stehen und mit ihren vielfältigen Problemlagen in Berührung kommen, mit weiteren lokalen Akteuren gut vernetzt. Viele Gesundheitsämter verweisen auf den Umstand der Anonymität in der Diagnostik von STD und HIV-Infektionen. Möglicherweise suchen Menschen ohne Papiere das Gesundheitsamt auf, um sich anonym und kostenlos testen zu lassen. Allerdings weisen sowohl die Befragung von Migrantinnen und Migranten zu HIV/AIDS in der Studie von Steffan et al. von 2005 als auch die Ergebnisse aus anderen qualitativen Studien (s.u.) darauf hin, dass nur sehr begrenzt Kenntnisse vom kostenlosen und anonymen Angebot an den Gesundheitsämtern bestehen. So schreiben Steffan et al. hierzu:

»Diese Angebote [der Gesundheitsämter; Anm. der Autorin] werden allerdings öffentlich kaum beworben. So verwundert es denn auch nicht sehr, dass nur 24 % der Befragten wussten, dass ein HIV-Test kostenlos und anonym möglich ist. 14,6 % sind der Meinung, man benötige auf jeden Fall einen Aufenthaltstitel oder eine Krankenversicherung [...]. 3,7 % sind der Meinung, dass der Test kostenpflichtig ist und 43,1 % wussten darauf keine Antwort zu geben.«[25]

Auch Mbayo von »Afrikaherz« gibt hierauf einen indirekten Hinweis: »Oftmals nehmen MigrantInnen mit HIV-Infektion aus Angst vor Abschiebung erst im akuten Krankheitsfall Kontakt zu medizinischen Institutionen auf.«[26] In der Bremer Studie zur Nutzung des HIV-Antikörpertests zeigte sich ein geringerer Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zum Anteil in der Bevölkerung.[27] Es wurde darüber hinaus in diversen Untersuchungen beschrieben, dass vor allem die Kommunikation innerhalb einer Community die Anlaufstellen bei den Betroffenen bekanntmacht.[28] Aufgrund der mangelnden Bewerbung des Angebots durch die Ämter selbst bleibt dieses vermutlich in vielen Städten und Kleinstädten vulnerablen Gruppen unbekannt. Eine Verzerrung der Ergebnisse könnte weiter durch die fehlende Zeitdimension der Fragen zu Kontakt und zur Behandlung im Amt bedingt sein. Vorstellbar

25 | Vgl. Steffan et al. (2005b), S. 71.

26 | Mbayo (2009), S. 25.

27 | Gesundheitsamt Bremen (2010), S. 14.

28 | Vgl. Bommes/Wilmes (2007), S. 76, Gesundheitsamt Bremen (2010), S. 19, Krieger et al. (2006), S. 18, Steffan et al. (2005), S. 38.

wäre eine Unterschätzung der Anzahl, wenn diese Fragen durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beantwortet wurden, die erst eine relativ kurze Zeit im Gesundheitsamt tätig sind. Sollten bereits umfangreichere Kontakte über Einzelfälle hinaus bestanden haben, wäre es allerdings unwahrscheinlich, dass sich diese mit einem Personal-Wechsel einstellen. Insgesamt kann man – unter Berücksichtigung genannter Argumente – durch die stärkere Präsenz der Metropolen im Rücklauf und ihre prominentere Rolle in der Versorgung von Migrantinnen und Migranten ohne Papiere vermutlich eher von einer Überschätzung der Kontakte von Gesundheitsämtern zu dieser Gruppe der Bevölkerung ausgehen. Der Effekt wird durch die bereits erwähnte Unsicherheit zur aufenthaltsrechtlichen Gesetzeslage sicherlich zusätzlich verstärkt. Dies zeigt sich u.a. darin, dass die Frage zum Kontakt in einigen Fällen bejaht wurde, in denen die Fallschilderungen im Anhang darauf hinwiesen, dass Menschen mit unsicherem Aufenthaltsstatus (z.B. mit einer »Duldung«) und nicht ohne Papiere gemeint waren.

Nur noch 80 % der Gesundheitsämter beantworten die Frage 2 zur Dokumentation des Aufenthaltsstatus. Zur Bewertung, warum gerade die Ämter ohne Kontakt keine Angabe machten, ist eine Darstellung der Kategorien von Stadtgrößen hilfreich. Es war vor der Befragung vor allem aus einigen Großstädten bzw. Metropolen bekannt, dass eine Auseinandersetzung mit der Problemlage undokumentierter Migrantinnen und Migranten stattgefunden hatte. Viele Befragte merken im Rücklauf an, dass ihr Amt sich in einem ländlichen Kreis befände und sich das Problem gar nicht stelle. Vermutlich wurde die Frage zur Dokumentation des Aufenthaltsstatus von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern dieser Ämter als überflüssig betrachtet. So zeigt sich dementsprechend, dass die Ämter, die Frage 2 nicht beantworten und also mit einer Ausnahme auch keinen Kontakt zu Menschen ohne Papiere angeben, zu 78 % in Städten mit unter 50.000 und nur zu 11 % (n=3) in großen Großstädten ab 500.000 EW liegen.

5.3.3 Anteil Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter

Die gesetzliche Grundlage zur Bekämpfung sexuell übertragbarer Krankheiten wie Syphilis, Gonorrhoe und Ulcus molle bildete vor Inkrafttreten des IfSG das Gesetz zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten. Es setzte auf Kontrolle und Zwangsmaßnahmen, was fast ausschließlich auf Prostituierte angewandt wurde – in Form der Pflicht zur Vorlage von Gesundheitszeugnissen und regelmäßigen Untersuchungen.[29] Der Kontakt zu Prostituierten ist also im Gesundheitsamt präsent (s. Kapitel 4.1.1). Es ist für die Ämter eine

29 | Steffan et al. (2002), S. 1-2. In anderen Staaten wird als Gegenmodell den »Freiern« Strafe angedroht (Beispiel Schweden).

gewohnte Aufgabe, in der Sexarbeit Tätige in eine medizinische Versorgung einzubinden – insbesondere unter bevölkerungsmedizinischer Sicht. Die Fokussierung auf die Anbieterseite hat dabei ebenso Tradition. Im Zuge der Erkenntnisse in Zusammenhang mit der HIV/AIDS-Epidemie in den 1980er und 90er Jahren und der Schaffung anonymer und kostenloser Angebote wurde in einigen Bundesländern zunehmend auch im Bereich der STD Abstand vom kontrollierenden Element im ÖGD genommen. 2001 war bereits ein Drittel der Beratungsstellen STD und HIV/AIDS zu einer gemeinsamen Anlaufstelle zusammengefasst.[30] Mit dem IfSG wurde die Zusicherung der Anonymität auch im Bereich der STD festgeschrieben (§19 IfSG). Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter gehören weiterhin zu den Zielgruppen des anonymen Beratungs- und Untersuchungsangebot es der Gesundheitsämter. In ihrer Studie von 2002 stellen Steffan et al. fest:

»Für Beobachter/innen der Entwicklung dieses Bereiches in den letzten zehn Jahren ist es nicht verwunderlich, dass Prostituierte mit deutschem Pass und Migrantinnen zu fast gleichen Teilen als größte Gruppen von allen hier antwortenden AIDS/STD-Beratungsstellen erreicht wurden. Der Anteil der Migrantinnen in der Prostitution hat sich stetig erhöht. Waren es Anfang der 90er Jahre je nach Region geschätzte 25 %-50 %, so liegen heute die Schätzungen bei 50 %-75 % Migrantinnen in den jeweiligen Prostitutionsszenen. Migrantinnen mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus wurden vorzugsweise von Beratungsstellen erreicht, die auch vor Einführung des IfSG bereits anonym wahrzunehmende Angebote für diese Zielgruppe eingerichtet hatten.«[31]

Heidrun Nitschke von der STD-Sprechstunde im Gesundheitsamt Köln beschreibt ebenfalls einen Anstieg von Menschen mit Migrationshintergrund im Untersuchungszeitraum 2001 bis 2010. In der Sexarbeit jemals tätig waren davon 47 %.[32] In der vorliegenden Befragung gaben nur sechs (17,6 %) von 34 Ämtern mit Kontakt zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten an, dass diese ausschließlich oder überwiegend in der Sexarbeit tätig seien. Gesundheitsämter begegnen Menschen ohne Papiere also auch außerhalb der Sexarbeiterszene.

30 | Steffan et al. (2002), S. 16.

31 | Ebd., S. 13.

32 | Nitschke et al. (2011), S. 751.

5.3.4 Angebotsbewerbung der Gesundheitsämter

Werden keine Bemühungen unternommen, Migrantinnen und Migranten ohne Papiere auf das Angebot im Gesundheitsamt aufmerksam zu machen, besteht auch eher kein Kontakt zu dieser Gruppe – im Unterschied zu den Ämtern, die auf ihr Angebot verweisen. Dieser Zusammenhang erscheint trivial; allerdings war ebenfalls denkbar, dass einerseits in manchen Regionen Bemühungen unternommen werden, aber wegen fehlender Nachfrage keine Kontakte zustande kommen und andererseits durch die lange Tradition der »Fürsorge« in den Metropolen Kontakte gepflegt werden, ohne dass explizit Bemühungen für diese Zielgruppe unternommen werden müssten. Das scheint aber nach den vorliegenden Daten nicht der Fall zu sein. Der Unterschied zwischen den Ämtern sagt noch nichts darüber aus, ob Gesundheitsämter mit Kontakt zu Menschen ohne Papiere auch eher auf Diagnostik und Beratung hinweisen, oder ob die Bemühungen seitens des Amtes eher zu Kontakten mit undokumentierten Migrantinnen und Migranten führen. Denkbar sind beide Richtungen. Es sind fast nur die Gesundheitsämter in Großstädten und Metropolen, die überhaupt gezielte Angebotsbewerbung unternehmen. Hier lassen sich gleichfalls verschiedene Faktoren vermuten. Denkbar ist ein Handlungsdruck durch eine insgesamt stärkere öffentliche Thematisierung der fehlenden Gesundheitsversorgung für die Betroffenen. Vielleicht kommt hier die bereits erwähnte Tradition einer »Gesundheitsfürsorge« zum Tragen, die sich beispielsweise in den Landesgesetzen zum Öffentlichen Gesundheitsdienst in den Stadtstaaten widerspiegelt. Möglicherweise ist auch die stärkere Personalausstattung förderlich. Die Ämter mit häufigen Kontakten zu Migrierten ohne Krankenversicherung haben ihr Angebot eher professionalisiert, was sich z.B. in speziellem Informationsmaterial (Flyer, Homepage) zeigt. Vorstellbar ist zudem, dass sensibilisierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gesundheitsämter Bemühungen unternehmen, Menschen ohne Papiere speziell auf das Angebot öffentlicher Einrichtungen hinzuweisen und dass daraufhin Migrantinnen und Migranten die Ämter aufsuchen bzw. Kontakte zustande kommen.

5.3.5 Behandlungen nach § 19 IfSG

Von den insgesamt 139 antwortenden Gesundheitsämtern geben 25 (18,4 %[33]) an, Behandlungen nach §19 IfSG bereits durchgeführt zu haben, die große Mehrheit von 111 Ämtern (81,6 %) verneint dies. Vermutlich decken sich häufig die Ämter, die sowohl im Bereich STD als auch bei Tuberkulose Behandlungen nach §19 IfSG durchführen. Bei der vorliegenden Studie teilen zwar

33 | Die Prozentangaben sind gültige Prozente, die fehlenden Werte werden also nicht berücksichtigt.

zwölf von 32 Gesundheitsämtern[34] mit, dass sie nur bei Tuberkulose Behandlungen anbieten bzw. anbieten würden. Diese zwölf Ämter haben mit einer Ausnahme keine Kontakte zu Papierlosen und haben bisher keine Behandlungen nach §19 IfSG durchgeführt. So handelt es sich möglicherweise um ein sehr hypothetisches Angebot bzw. bleibt das Angebot bei den betroffenen Menschen unbekannt. Steffan et al. gaben an, dass im Rahmen ihrer Vollerhebung von 174 antwortenden Ämtern mit 96 Beratungsstellen für STD bis zu 38 Stellen (21,8 %) Behandlungen im Jahr 2000 durchgeführt hatten. Hierunter fallen auch Behandlungen, deren Kosten durch die Patientinnen und Patienten getragen wurden. Hinsichtlich der Verteilung nach Stadtgröße zeigte sich bei Steffan et al. – zumindest hinsichtlich durchgeführter Behandlungen – ein ähnliches Bild wie in dieser Studie: eine Dominanz der Metropolen und eine absolut geringe Anzahl in Gegenden mit unter 100.000 EW.[35] Die Befragung von Steffan et al. bezieht sich allerdings auf einen Zeitraum vor Einführung des IfSG, in dem es auf Grundlage einiger Landesgesetze möglich war, Behandlungen an den Ämtern durchzuführen. Es überrascht nicht, dass die Ämter ohne Kontakt auch eher noch keine Behandlungen nach §19 IfSG anbieten. Primär wäre aber auch eine andere Konstellation denkbar. §19 IfSG kann bei allen bedürftigen Patientinnen und Patienten angewendet werden. Im Fragebogen wurde zuerst allgemein, unabhängig vom Aufenthaltsstatus, nach Anzahl der Behandlungen nach §19 IfSG gefragt. Es wäre auch denkbar, dass z B. Bedürftige mit deutscher Staatsangehörigkeit bzw. mit Unionsbürgerschaft behandelt werden und keinerlei Kontakte zu Menschen ohne Papiere bestehen. Die wenigen Angaben zur Anzahl der Patientinnen und Patienten sowie dem Anteil der Papierlosen weisen zumindest darauf hin, dass bei behandelnden Gesundheitsämtern Menschen ohne Papiere – ähnlich der Entwicklung bei den NGOs – nur einen Teil der aus der Regelversorgung Ausgeschlossenen ausmachen. Die Anmerkungen zu den Fragen 11 und 12, was Menschen ohne Papiere mit Verdacht auf eine der Erkrankungen geraten würde, Anmerkungen zu Frage 20 und die Fallbeispiele im Anhang benennen Tuberkulose und sexuell übertragbare Erkrankungen außer HIV/AIDS als Krankheiten, die vor Ort behandelt werden würden. Es wird dabei mehrfach ausdrücklich darauf hingewiesen (von 14 der 25 Ämter), dass eine HIV-Infektion bzw. eine AIDS-Erkrankung nicht behandelt werden könnte. In vier Anmerkungen zu Frage 11 wird zudem auf die mindestens problematische Situation bei Betroffenen mit einer HIV-Infektion verwiesen. Auffällig ist die große Spanne in den Patientinnen- und Patientenzahlen. Gerade in den Metropolen suchen sehr viele Menschen die Ämter auf. In den großen Städten

---

34 | Bei den 32 Gesundheitsämtern handelt es sich um die Anzahl der Ämter, die bei den Fragen 11 und 12 angeben, grundsätzlich eine Behandlung im Amt anzubieten.

35 | Vgl. Steffan et al. (2002), S. 56.

scheint der Bedarf besonders vorhanden zu sein. Das deckt sich mit der o.g. Vermutung, dass sich Migrantinnen und Migranten ohne Papiere zumeist in den größeren Städten aufhalten. Die etablierten Strukturen der Metropole mit ihrer langen Tradition der »Gesundheitsfürsorge« könnten wie bei der Anzahl der Kontakte auch bei den Behandlungen eine weitere Ursache hierfür sein. Die Stadtstaaten haben in ihren Landesgesundheitsdienstgesetzen einen sozialkompensatorischen Auftrag verankert und z.T. ihr Angebot auf Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen sowie Weiteres erweitert. Es handelt sich wie ausgeführt um vermutlich geringe absolute Zahlen an Papierlosen, die an Tuberkulose erkrankt und/oder mit HIV infiziert sind. Betrachtet man nur diese beiden Krankheiten, könnte zudem die geringe Prävalenz die seltenen Kontakte bzw. Behandlungen in kleineren Städten erklären. Die enormen Herausforderungen, die mit einer Therapie dieser Erkrankungen einhergehen (können), schließen außerdem eine ambulante Behandlung in einem Gesundheitsamt in vielen Fällen vermutlich aus. Allerdings sind beispielsweise die STD (ohne HIV/AIDS), die ebenfalls unter §19 IfSG fallen, deutlich häufiger zumindest in der Allgemeinbevölkerung verbreitet. Präventionsarbeit sollte zudem bereits in Hinblick auf Primärprävention alle Menschen ansprechen und Kontakte herstellen. Die Gründungen von NGOs auch in kleineren Städten und die Inanspruchnahme von medizinischen Angeboten sind ein deutlicher Hinweis, dass sich die betreffenden Menschen nicht nur in größeren Städten aufhalten und Bedarf auch in anderen Regionen besteht. Das IfSG bzw. dessen amtliche Begründung weist auf einen sozialkompensatorischen Auftrag hin, auch wenn sich §19 IfSG lediglich auf einige bestimmte Krankheiten bezieht. §20 Abs. 5 offenbart weitere Angebotsmöglichkeiten seitens des ÖGD. Gerade bei Impfungen und mit Blick auf die Versorgung der vielen Schwangeren und ihrer (zukünftigen) Kinder, würde ein Angebot für unversicherte Kinder möglicherweise mit einer entsprechenden Nachfrage einhergehen.

5.3.6 HIV-Testung und Beratung undokumentierter Migrantinnen und Migranten

HIV-Tests werden in den Gesundheitsämtern mit nur wenigen Ausnahmen flächendeckend angeboten. Das Ergebnis deckt sich mit der Vollerhebung von Steffan et al. aus dem Jahr 2001, in der 196 von 202 antwortenden Gesundheitsämtern ein Testangebot angaben.[36] In der Befragung zur Arbeit der STD- und HIV/AIDS-Beratungsstellen gaben allerdings 2001 noch 90 Ämter an, den Test nicht anonym durchzuführen. Hintergrund sei der eigene Wunsch der Getesteten, aber auch, um

36 | Vgl. Steffan et al. (2002), S. 37.

»sozialrechtliche Ansprüche geltend zu machen, für Stiftungsanträge sowie bei Überweisungen zur ärztlichen Behandlung oder Weiterbetreuung. Zwei Beratungsstellen führen Beratung und Tests für Asylbewerber durch. Auch diese geschehen aufgrund von Verordnungen[,] und die Anonymität wird nicht gewahrt.«[37]

Das flächendeckende Angebot des HIV-Antikörpertests in den Gesundheitsämtern erzeugt die Frage nach der Art der in diesem Zusammenhang stattfindenden Beratung. Insbesondere in der Beratungssituation könnte die Bedürftigkeit offensichtlich werden; bei einer notwendigen Behandlung könnte der verhinderte Zugang zur medizinischen Regelversorgung auf die fehlende Aufenthaltserlaubnis hinweisen. Mitunter bestehen für undokumentierte Migrantinnen und Migranten rechtliche Möglichkeiten, einen legalen Aufenthaltsstatus zu erlangen. Hierfür sind sehr gute Kenntnisse der einschlägigen Gesetze notwendig. Eine soziale und rechtliche Beratung wird in vielen Städten von unterschiedlichen Vereinen und Organisationen angeboten. Um die richtige Anlaufstelle zu finden, können entsprechende Hinweise hilfreich sein. Denn die singuläre therapeutische Intervention kann bei vielen Erkrankungen zu kurz greifen, ebenso bei Vorsorgemaßnahmen für Schwangere und Kinder. Zusätzlich bestehende Krankheiten und Lebensumstände müssen in Beratung und Behandlung mit einbezogen werden. In Erwartung eines niedrigen Anteils an Gesundheitsämtern mit bereits bestehendem Kontakt zu Menschen ohne Papiere wurden die Ämter auch zu einem hypothetischem Vorgehen befragt. Es sollte beantwortet werden, ob bereits Strukturen bzw. Kenntnisse bestehen, welche Optionen Menschen angeboten werden könnten, die das reguläre Gesundheitssystem nicht in Anspruch nehmen können (Fragen 11 und 12). Sowohl beim Verdacht auf eine Tuberkulose-Erkrankung als auch bei STD wird der Verweis an Hilfsorganisationen am häufigsten genannt. Unter den Anmerkungen steht der Verweis an andere Einrichtungen ebenfalls an erster Stelle. Genannt werden dabei Kliniken und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Es finden sich keine signifikanten Unterschiede danach, ob die Gesundheitsämter bereits Kontakt zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten angegeben hatten oder nur ein geplantes Vorgehen angaben. Für die Therapie erkrankter Menschen ohne Papiere scheinen also auch für die Ämter andere Institutionen eine wichtige Funktion zu haben. Unterschiede zwischen den Gesundheitsämtern zeigen sich in den Angaben zur Behandlung im eigenen Amt. Bei STD bzw. HIV/AIDS sind es überwiegend die Ämter mit Kontakten zu Migrierten ohne Papiere und Sitz in einer Großstadt oder Metropole, die Behandlungen im eigenen Amt anbieten. Erklärungsansätze für diesen signifikanten Unterschied sind vermutlich die bereits genannte traditionelle Sozialarbeit im städ-

37 | Vgl. Steffan et al. (2002), S. 40.

tischen Raum und die traditionellen Familienstrukturen in ländlichen Gebieten. Der Unterschied zwischen den Ämtern mit und ohne Kontakte zeigt sich bei der Tuberkulose nicht. Die unterschiedlichen Anforderungen an die Therapie könnten ein weiterer Grund sein: Die Vorgehensweise kann bei (unkomplizierter) Tuberkulose wesentlich übersichtlicher und zeitlich begrenzter sein als manche STD und daher der Aufenthaltsstatus (in Bezug zur Finanzierung/Kostenübernahme) eine untergeordnete Rolle spielen. Von Bedeutung könnte ebenfalls sein, dass die Fürsorge Tuberkulose-Erkrankter über das städtische Gebiet hinaus bereits seit fast einem Jahrhundert essenzieller Teil des Aufgabenspektrums des Öffentlichen Gesundheitsdienstes war.[38] Die Hälfte der Ämter, die bei einer Tuberkulose-Erkrankung eine Behandlung im eigenen Amt anbieten würden, hat ihren Sitz in einer Stadt mit unter 100.000 EW. Über Finanzierungsoptionen wurden von den Gesundheitsämtern allerdings überwiegend keine Angaben gemacht. Häufig gibt es die Anmerkung »Beratung und Diagnostik würde im Gesundheitsamt durchgeführt bzw. vom GA [GA=Gesundheitsamt; Anm. der Autorin] gemanagt werden«. Das Vorgehen hinsichtlich einer Behandlung erschließt sich hieraus nicht.

5.3.7 Anmerkung zum Stadium der Erkrankung

Im Pretest wurde bereits darauf verwiesen, dass Frage 13 zur Einschätzung hinsichtlich des Erkrankungsstadiums bei Menschen ohne Papiere nicht sinnvoll sei, da sie suggestiv wirke und von vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sicher nicht beantwortet werden könne. Die Fallzahlen seien zu niedrig, und eine Dokumentation finde nicht ausreichend statt. Die Frage wurde trotzdem im Fragebogen belassen, da gerade das Erkrankungsstadium bei Menschen ohne Papiere in die öffentliche und wissenschaftliche Debatte eingebracht wird, ohne dass es bisher quantifizierbare Untersuchungen dazu gäbe. Es hat sich allerdings gezeigt, dass – entsprechend der Bedenken – über die Hälfte der Antwortenden »Keine Aussage möglich« ankreuzte. Es ist außerdem die Frage mit den meisten fehlenden Werten. Da diese Frage zudem z.T. aus Ämtern beantwortet wurde, die angeben, keinerlei Erfahrungen mit Menschen ohne Papiere zu haben, wurde die Frage zum Erkrankungsstadium nicht ausgewertet.

5.3.8 Umgang mit der Übermittlungspflicht

Im Aufenthaltsgesetz ist festgelegt, dass die ärztliche Schweigepflicht die Übermittlungspflicht für öffentliche Behörden einschränkt (§ 88 AufenthG). Die ärztliche Schweigepflicht darf nur eingeschränkt werden, wenn die

38 | Vgl. Sachße/Tennstedt (2012), S. 158.

öffentliche Sicherheit gefährdet oder eine Straftat begangen wird (§88 Abs. 2 Nr. 1 AufenthG). Für die Gesundheitsämter bedeutet die Gesetzeslage, dass sie als öffentliche Behörden den unerlaubten Aufenthalt nicht an die Ausländerbehörde melden dürfen. Sicher kann nicht davon ausgegangen werden, dass das Ausländerrecht den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Gesundheitsämter im Detail bekannt ist. Im behördlichen Vorgehen könnten ordnungsrechtliche Bedenken dominieren, die zu einer Meldung an die Ausländerbehörde führen. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass die Vermutung nicht ganz unbegründet ist. Zwar verneint immerhin fast die Hälfte der Gesundheitsämter eine Datenweitergabe, doch bejahen 15 Ämter ohne Einschränkung die Weitergabe der Daten an die Ausländerbehörde (13,9 %). Der unterschiedliche Grad der Sensibilisierung wird beim Blick auf angegebene Kontakte zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten deutlich. Der Kontakt zu dieser Bevölkerungsgruppe führt oder steht zumindest in signifikanten Zusammenhang mit einer Rückstellung ordnungspolitischer Bedenken. Der häufige Hinweis der Ämter ohne Kontakt auf fehlende Kenntnisse zur Rechtslage bzw. mangelnde Erfahrung verdeutlicht einen Klärungsbedarf. Gerade die Gesundheitsämter ohne Kontakte und ohne bisher durchgeführte Behandlungen nach §19 IfSG beantworten allerdings die Frage zur Übermittlungspflicht nicht. Vermutlich bestehen hier größere rechtliche Unsicherheiten.

5.3.9 Kenntnisse zur »Humanitären Sprechstunde« und Bedarfe im eigenen Amt

In Frankfurt a.M., Bremen und in Wiesbaden gibt es an den Gesundheitsämtern »Humanitäre Sprechstunden«, die ähnlich einer allgemeinmedizinischen Praxis eine zumindest eingeschränkte medizinische Versorgung direkt im Amt für Menschen ohne Krankenversicherung ermöglichen. In weiteren Gesundheitsämtern ist ein Angebot bei bestimmten Erkrankungen, zur Schwangerschaftsvorsorge oder den Vorsorgeuntersuchungen für Kinder vorhanden. Durch die Befragung sollte herausgefunden werden, inwieweit dies bei anderen Gesundheitsämtern bekannt ist. Die Ämter könnten eine Art Vorbildfunktion haben bzw. Projektideen anstoßen oder zumindest für spezifische Problemlagen sensibilisieren. Die Ergebnisse zeigen, dass Kenntnisse über jenes Modell der »Humanitären Sprechstunde« damit zusammenhängen, ob Kontakte zu Menschen ohne Papiere bestehen, eine Angebotsbewerbung stattfindet oder bereits Behandlungen durchgeführt wurden. Ob die Kenntnis um die Sprechstunde eher Ursache eigener Kontakte bzw. Bemühungen, eine Koinzidenz oder die Folge der eigenen Beziehung zu Menschen ohne Papiere darstellt, erschließt sich hieraus noch nicht. Es zeigt sich aber, dass viele Gesundheitsämter über das Modell noch nicht informiert sind. Der Aufbau einer eigenen speziellen Sprechstunde für Menschen,

die das reguläre Gesundheitssystem nicht wahrnehmen können, erfordert ein gewisses Maß an personellen und strukturellen Ressourcen. Es ist zumindest an ein Mindestmaß an personeller Ausstattung geknüpft, so dass wenig überrascht, dass die fünf Gesundheitsämter, die über die bereits genannten hinaus eine Sprechstunde einrichten wollen, ihren Sitz in einer Großstadt bzw. Metropole haben. Der öffentliche Diskurs, wie z.B. in Berlin, beschäftigt sich oftmals intensiver mit dem Thema Migration; außerdem üben die absoluten Patientinnen- und Patientenzahlen einen höheren Handlungsdruck auf öffentliche Institutionen aus. Für die Mehrzahl der Ämter würden Anstrengungen in dieser Richtung aufgrund der Bevölkerungsstruktur und des vermutlich in Großstädten bzw. Metropolen konzentrierten Aufenthalts undokumentierter Migrantinnen und Migranten nicht effektiv sein. Allerdings geben von Ämtern mit Sitz in einer Stadt ab 100.000 EW lediglich acht von 34 antwortenden Ämtern an, eine Sprechstunde für Menschen ohne Papiere eingerichtet zu haben oder eine einrichten zu wollen. Hinzu kommt, dass aus den insgesamt 80 Städten[39] ab 100.000 EW sicherlich eher diejenigen Ämter den Fragebogen beantwortet haben, die sich mit der Problemkonstellation der Unversicherten beschäftigen, was tendenziell zu einer Überschätzung bezogen auf die Grundgesamtheit führt. Einschränkend ist aber anzumerken, dass die Fragestellung mit dem Bezug zu »Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus« sehr eng gewählt worden war. Sinnvoller hätte sich die Frage allgemein auf Menschen ohne Krankenversicherung beziehen sollen; denn unter diesen stellen Migrantinnen und Migranten ohne Papiere oftmals nur einen Teil der Betroffenen dar. In der bestehenden Form der Fragestellung ist es möglich, wenn auch nicht unbedingt wahrscheinlich, dass Ämter die Frage nur bejaht haben, wenn sie ihr Angebot auf die Gruppe der undokumentierten Migrantinnen und Migranten fokussiert haben.

5.3.10 Einschätzungen und Verbesserungsvorschläge

Überwiegend werden die Fragebögen von den Amtsleitungen beantwortet. Überwiegend wird auch der Kontakt zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten verneint. In den größeren Städten mit Kontakten wurde der Fragebogen meistens weitergereicht, denn er sollte von der Person ausgefüllt werden, die am ehesten Kontakt zu dieser Gruppe habe. Die Frage nach ihrer persönlichen Einschätzung ließen viele Gesundheitsämter unbeantwortet. Vermutlich haben sich viele Befragte nicht befähigt gesehen – oder es als nicht notwendig erachtet – eine persönliche Einschätzung zur Versorgungslage am

39 | Es geht hierbei lediglich um die Anzahl der Großstädte und nicht die der Gesundheitsämter. In einer Stadt mit mehreren Ämtern ist es nicht unbedingt notwendig, an jedem Standort ein spezifisches Angebot einzurichten.

eigenen Gesundheitsamt zu geben, so lange keine Kontakte zu Menschen ohne Papiere bestehen. Offenbar wird bei subjektiv empfundener mangelnder Nachfrage die Versorgungslage nicht als defizitär empfunden. So lauten die meisten der 18 Anmerkungen aus den Ämtern ohne Kontakte zu dieser Frage in etwa wie folgendes Beispiel: »entfällt, da bislang keine ›illegalen Migranten‹ zu versorgen waren«. Ebenso verhält es sich mit der Frage nach Verbesserungsoptionen. Auch hier sind es gerade die Ämter ohne Kontakte, die diese Frage nicht beantworten. Möglicherweise hat die berufliche Stellung im Amt Einfluss auf die Beurteilung der Versorgungslage im eigenen Amt und möglicher Verbesserungen. Aufgrund ihrer Stellung könnte die Amtsleitung das eigene Gesundheitsamt nicht negativ darstellen wollen – im Sinne defizitärer Strukturen, die zu beseitigen wären. Die Ämter ohne Kontakte, die diese Frage beantworten, weisen dann auch in ihrer Mehrheit auf den fehlenden Bedarf im Sinne einer mangelnden Nachfrage hin. Immerhin zeigt sich bei einigen Ämtern bzw. bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die den Fragebogen beantworten, die grundsätzliche Bereitschaft, eine entsprechende Unterstützung zu ermöglichen, sollte ein solcher »Fall« und die Notwendigkeit eintreten. Bei den Gesundheitsämtern mit Kontakten zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten gibt es auch viele konkrete Vorschläge für Verbesserungen, die gewünscht werden und vor allem die finanziellen sowie personellen Ressourcen betreffen. In der tatsächlichen Auseinandersetzung mit den Problemlagen werden die Lücken in der Versorgungsstruktur offensichtlich.

5.4 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Gesundheitsämter lassen sich hinsichtlich ihres Umgangs mit Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung sowie ohne Papiere in drei Gruppen einteilen. Tab. 20 gibt die Kategorien und ihre Dimensionen wieder. Die Cluster-Bildung soll helfen, die Tätigkeit der Gesundheitsämter in diesem Bereich einzuordnen, zu bewerten und zu quantifizieren.

Tabelle 20: Gesundheitsämterkategorien nach ihrem Umgang mit undokumentierten Migrantinnen und Migranten in der Gesundheitsversorgung

Kategorie/ Titel	**I** **Kein Kontakt, kein Problem-bewusstsein**	**II** **Selten Kontakt, keine Kenntnisse**	**III** **Häufig Kontakt, Behandlungen**
Beschrei-bung	noch nie Kontakt gehabt, noch nie Gedanken über die Problematik gemacht, ergo: keine Angebotsstruktur	selten Kontakt zu Migrierten, genaues Wissen um besondere Problemstellung nicht vorhanden, im Einzelfall Vorgehen zu klären	häufig Kontakt mit Menschen ohne Krankenversicherung, Papierlose stellen dabei nur eine kleine Gruppe unter anderen dar
a) Ein-schlusskrite-rien	1. ländlich 2. kein Kontakt 3. keine gezielten Bemühungen 4. keine Behandlung nach §19 IfSG 5. Übermittlung eher bejaht 6. keine eigene Sprechstunde 7. keine Behand-lung von Erkrankungen außerhalb des IfSG 8. keine Verbesserungen, bzw. Anmerkung mit Hinweis auf anonyme Diagnostik oder fehlende Problematik aufgrund ländlicher Struktur	1. beliebige Stadtgröße 2. selten Kontakt oder Behandlungen 3. keine gezielte Angebotsbewerbung 4. Hinweis auf Einzelfalllösungen 5. keine konkreten Verbesserungsvorschläge	1. Großstadt oder Metropole 2. häufiger Kontakt 3. gezielte Angebotsbewerbung 4. Behandlung unterschiedlich 5. Übermittlungspflicht eher verneint (nicht bejaht) 6. auch Krankheiten außerhalb IfSG relevant 7. konkrete Verbesserungen oder Anmerkungen
Dimensio-nen von a)	1. <100.000 EW 2. kein Kontakt zu undokumentierten MigrantInnen 3. keine Bemühungen 4. keine Behandlungen nach §19 IfSG 5. keine eigene Sprechstunde 6. keine Behandlung anderer Erkrankungen 7. keine Angabe von Verbesserungen	1. je nach Stadtgröße <5 bis 10 Kontakte bzw. Behandlungen im Jahr 2. in den Anmerkungen Hinweis auf Einzelfalllösung oder anonyme Diagnostik	1. ≥100.000 EW 2. Kontakt ≥fünf Menschen ohne Papiere im Jahr 2009 3. Bemühungen: Ja 4. Datenweitergabe wird nicht bejaht 5. konkrete Verbesserungen oder Anmerkungen

40 | Es sind nicht n=139, da bei einem Fragebogen unbekannt ist, aus welcher Stadt er stammt. Daher wird dieser für die angegebenen (gültigen) Prozente nicht berücksichtigt.

Kategorie/ Titel	**I** **Kein Kontakt, kein Problembewusstsein**	**II** **Selten Kontakt, keine Kenntnisse**	**III** **Häufig Kontakt, Behandlungen**
zusätzliche Häufungen[40]	1. Kleinstadt (80,6 %) 2. bei STD keine Behandlung im Amt (96,2 %) 3. bei Tuberkulose keine Behandlung im Amt (82,7 %) 4. Amtsleitung (85,9 %) 5. kein Verweis an andere Stellen bei HIV und Tuberkulose zur Behandlung 6. Modell »Humanitäre Sprechstunde« ist unbekannt (74,1 %) 7. Datenweitergabe oder »Sonstiges« (77,1 %)	1. kleinere Stadt bzw. ländliche Gegend 2. Menschen ohne Papiere im Zusammenhang mit anonymer Diagnostik 3. keine Behandlung anderer Erkrankungen	1. Metropole (68,2 %) 2. Behandlungen (59,1 %) 3. auch Behandlung anderer Erkrankungen 4. Datenweitergabe verneint (76,2 %) 5. bessere Beurteilung der Situation am Amt (mindestens teils/teils) (80 %) 6. konkrete Verbesserungen genannt
Häufigkeiten (n=138)[9]	**72**	**18**	**22**
Prozentual	**52,2 %**	**13 %**	**15,9 %**
Anmerkung	zusätzlich elf Städte mit ≥100.000 EW, die die übrigen Kategorien erfüllen (8 %)		I.Ü. gibt es 13 Großstädte ohne Kontakt zu Menschen ohne Papiere (9,4 %), davon vier Metropolen. Die Mehrzahl gibt an, keinen Kontakt zu haben bzw. dass es keinen Bedarf gäbe.

Die Tabelle verdeutlicht, dass die Mehrheit der Ämter bisher keinen Kontakt zu Menschen ohne Papiere hat und auch Behandlungen nach dem §19 IfSG bundesweit keine Bedeutung haben. Es sind vor allem die Ämter mit Sitz in einer Kleinstadt, die darüber hinaus in vielfältigen Anmerkungen darauf hinweisen, dass sie weder personelle und finanzielle Ressourcen für weitere Aufgaben hätten noch eine entsprechende Nachfrage sähen. Sie vermuten Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung allein in den großen Städten und sehen daher zumeist auch keine Notwendigkeit, tätig zu werden. Die Erhebung des RKI von 2002, die zwar inzwischen veraltet, aber sicher-

lich hinsichtlich der Personalverteilung weiterhin wegweisend ist, zeigt die deutliche Spannweite der Personalausstattung in den Ämtern. Sie reicht von acht bis 340 Personen.[41] Insbesondere die Gesundheitsämter in den Bundesländern mit insgesamt vielen Ämtern haben signifikant weniger Personal. So sind die Gesundheitsämter in den Stadtstaaten personell besser ausgestattet, haben allerdings häufiger auch größere Einzugsgebiete.[42] Die Gesundheitsämter in den Metropolen mit sehr vielen Kontakten und Behandlungen im Jahr weisen in den Anmerkungen wie in den Fallbeispielen darauf hin, welche zunehmende Bedeutung Patientinnen und Patienten ohne ausreichenden Krankenversicherungsschutz für sie haben. Bereits in der Studie von Steffan et al. von 2002 wurde festgestellt: »Migrantinnen mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus wurden vorzugsweise von Beratungsstellen erreicht, die auch vor Einführung des IfSG bereits anonym wahrzunehmende Angebote für diese Zielgruppe eingerichtet hatten.«[43] Sowohl die Vielzahl an Verbesserungswünschen und -vorschlägen als auch die geschilderten Fälle zeigen die vielen Lücken in der Versorgung. Dies schlägt sich selbst in den Ämtern mit einer großen Angebotsstruktur in einer verhältnismäßig schlechten Beurteilung der Versorgungsstruktur im eigenen Amt nieder. In der häufig fehlenden Beantwortung der Frage zur Datenweitergabe wie auch in den Anmerkungen zeigt sich darüber hinaus eine gewisse Abwehrhaltung oder Unsicherheit. Die eigene Zuständigkeit wird in Frage gestellt.

5.5 Limitationen der Studie

Der Begriff »illegale Migranten« bzw. die Beschreibung »Migranten, die keinen legalen Aufenthaltsstatus besitzen« im Fragebogen klärte bei einigen antwortenden Ämtern nicht ausreichend, wer damit *nicht* gemeint ist. So zeigt sich in Anmerkungen und Fallbeispielen eine Ausdehnung des Begriffs auf Menschen, die sich im Asylverfahren befinden oder beispielsweise über eine Duldung verfügen und damit bei den Behörden gemeldet sind. Hier ergibt sich durch die Gesetzeslage allerdings eine divergierende Situation. Eine ausführlichere Darlegung, als sie bereits im Anschreiben erfolgte, wäre zu Lasten eines übersichtlichen einführenden Textes gegangen und hätte damit möglicherweise zu einer geringeren Bereitschaft geführt, ihn zu lesen oder den Fragebogen auszufüllen. Eine weitere Limitation der Aussagekraft besteht hinsichtlich der Unterscheidung zwischen einem geplanten Vorgehen bei Kontakten zu erkrankten Menschen ohne Papiere und tatsächlich bereits

41 | Vgl. Robert Koch-Institut (o.J.), S. 29.

42 | Ebd., S. 25.

43 | Steffan et al. (2002), S. 31.

bestehenden Strukturen; dies ist nicht eindeutig möglich. Weitere Fragen bleiben offen und zeigen zusätzlichen Forschungsbedarf: Die Erkrankungen, die von einigen Gesundheitsämtern nach §19 IfSG behandelt worden sind, ergeben sich nur indirekt durch Anmerkungen. Auch bleiben Finanzierungsoptionen unklar. Um den Fragebogen nicht zu umfangreich zu gestalten und durch allzu detaillierte Fragen abzuschrecken, wurde die Befragung in der vorliegenden Form vorgenommen. Es ist damit ein Kompromiss zwischen Forschungsinteresse und der vermuteten Bereitschaft zur Beantwortung. Eine umfangreichere Erhebung wäre bei Unterstützung durch die Interessensvertretungen der Kreise und kreisfreien Städte oder durch ein Ministerium bzw. untergeordnete Behörden wie das RKI vorstellbar. Die geografische Verteilung der antwortenden Ämter kann aufgrund der zugesagten Anonymität nicht detaillierter diskutiert werden. Das Antwortverhalten könnte mit Blick auf die Lage anderer Gesundheitsbehörden beeinflusst worden sein bzw. die Angebotsstruktur könnte sich daher unterscheiden: Wenn z.B. im näheren Umkreis oder in der nächsten größeren Stadt bereits ein relativ umfangreiches Angebot eines Gesundheitsamtes vorliegt, beeinflusst dies möglicherweise die eigene Angebotsstruktur.

6. Versorgung im medizinischen Notfall – Die Befragung der Krankenhäuser

6.1 Konzeption und Methode

Es wurden im Rahmen dieser Studie die Krankenhäuser in Niedersachsen (n=129), Hamburg (n=24) und Berlin (n=46) zur Versorgung nicht krankenversicherter Migrantinnen und Migranten in ihrem Haus befragt. Die Ergebnisse sollen eine Basis bieten, den Zugang zur ärztlichen Behandlung im Notfall für Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung und ohne Papiere in Deutschland zu beurteilen sowie strukturelle Hürden zu identifizieren. Die Befragung unterscheidet sich von der Erhebung an den Gesundheitsämtern in zwei wesentlichen Bereichen: Zum einen wird nicht nur nach der Versorgung von Menschen ohne Papiere gefragt, sondern allgemein nach der medizinischen Behandlung von Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung. Zum anderen wurde die Befragung in lediglich drei Bundesländern durchgeführt, es handelt sich hierbei also nicht um eine Vollerhebung.

Wie bereits für die Befragung der Gesundheitsämter wurde unter Berücksichtigung der Empfehlungen von Dillman et al. ein Fragebogen neu konzipiert. Der Soziologe Dillman hatte bereits in den 1970er Jahren Regeln für schriftliche Befragungen aufgestellt, um den Rücklauf zu erhöhen (»Tailored Design Method«).[1] Diese Anweisungen sind seitdem mehrfach modifiziert wurden, zuletzt erschienen 2014 von Dillman et al. umfassende Guidelines.[2] Zudem gibt es eine Vielzahl an Untersuchungen zur Fragengestaltung und den Antwortvorgaben, um nicht beantwortete Items in einem Fragebogen zu verhindern und Antwort auf die tatsächliche Intention der Frage zu erhalten.[3] Dillman et al. empfehlen in ihren Leitlinien insbesondere die Beachtung folgender Punkte:

1 | Vgl. Dillman (2007).

2 | Vgl. Dillman et al. (2014), S. 55 und S. 397.

3 | Vgl. Geyer (2003), S. 91.

1. Zur Abfolge der Befragung: Versenden einer Postkarte mit Bitte um Teilnahme, Versenden einer E-Mail mit dem Fragebogen, eine erste Erinnerung mit Fragebogen zusenden, eine zweite Erinnerung ebenfalls mit Fragebogen zuschicken;
2. Zur Fragebogenstruktur: ein ansprechendes Design für den Fragebogen wählen, auch bezüglich des Deckblattes; die Anordnung der Fragen sinnvoll gestalten; zudem sollte eine Heftung erfolgen, eine ausreichende Schriftgröße verwendet werden, gute Lesbarkeit sichergestellt sein und eine adäquate Länge des Fragebogens gewählt werden;
3. Test: Kontrolle der Fragen vor Studienbeginn durchführen (Pretest, Interviews zum Frageverständnis);
4. Zur Durchführung der Befragung: mit personalisiertem Anschreiben, frankiertem Rückumschlag, Anreizsetzung zur Beantwortung, spezifischer ID-Nummer des Fragebogens.

Im folgenden Kapitel wird dargestellt, warum die schriftliche Befragung als Untersuchungsdesign gewählt, wie der Fragebogen konstruiert und welche Schritte in der Befragung der Krankenhäuser vorgenommen wurden.

6.1.1 Studiendesign und Studienpopulation

Nach den jüngsten Daten des Statistischen Bundesamtes befanden sich 2013 in Deutschland 1.996 Krankenhäuser.[4] Die Zahl der Krankenhäuser nimmt seit Jahren kontinuierlich ab. Auch die Struktur der Häuser und ihre Trägerschaft waren in den vergangenen Jahren einem starken Wandel unterlegen.[5] Dazu zählen die Umstellung der Krankenhausfinanzierung ab Mitte der 1990er Jahre auf das pauschalierte fallgruppenspezifische Abrechnungssystem, der Diagnosis-Related-Groups (DRG; mit Ausnahme der psychiatrischen Kliniken), die Reduzierung der Bettenzahlen sowie u.a. eine starke Zunahme der »Fälle« bei gesunkener Anzahl an im Krankenhaus beschäftigten Vollzeitkräften. Hinsichtlich der Trägerschaft gibt es eine zunehmende Verlagerung von öffentliche in private Träger. 2013 waren von den 1.996 Krankenhäusern 694 in privater Trägerschaft, die etwa 18 % der Fälle versorgten. Diese Häuser verfolgen »erwerbswirtschaftliche Ziele« im Gegensatz zu z.B. sozialen Zwecken der freigemeinnützigen Träger wie Diakonie, Caritas, Arbeiterwohlfahrt oder Deutsches Rotes Kreuz. Die Krankenhäuser unterscheiden sich in der Füh-

4 | Statistisches Bundesamt: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/KrankenhaeuserBundeslaender.html [13.04.2015].

5 | Vgl. Simon (2010), S. 263 und S. 268 sowie Statistisches Bundesamt: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/KrankenhaeuserBundeslaender.html [13.04.2015].

rungsstruktur, auch in Abhängigkeit ihrer Rechtsform (z.B. gemeinnützige GmbH, GmbH). Häufig findet sich ein Geschäftsführer bzw. eine Geschäftsführerin als Leitungsspitze oder aber ein Direktorium, das sich aus ärztlicher Direktion, Pflegedirektion und kaufmännischer Direktion zusammensetzt. Mitunter gibt es Stiftungen, die die Krankenhausleitung durch einen Beirat ergänzt. Die Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes und der Gesundheitsberichterstattung des Bundes unterscheidt zudem zwischen »Allgemeinen Krankenhäusern«, »Sonstigen« und »Rehabilitationseinrichtungen«. Die Unterscheidungen ergeben sich aus der Definition im SGB V (§107) sowie dem §108 SGB V, die festlegen, welche Arten von Krankenhäusern mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen können. Aufgrund der Fragestellung der Studie bezüglich der Notfallversorgung von Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung werden Krankenhäuser nicht berücksichtigt, die ausschließlich spezialisierte und geplante Behandlungen vornehmen. Auch Häuser, die ihr Angebot lediglich an Privatpatientinnen und -patienten richten, sind nicht mit eingeschlossen. Rehabilitationseinrichtungen werden aus diesem Grund bei der Befragung ebenfalls nicht berücksichtigt. Die Trägerschaft ist aufgrund ihrer Zielausrichtung bedeutsam, da ein auf Gewinn orientiertes Unternehmen mit Ausfällen in der Kostenträgerschaft anders umgehen dürfte als Einrichtungen mit sozial oder religiös definierten Zwecken. Für die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser bzw. Fachabteilungen stellt sich die Situation aus zweierlei Gründen noch einmal anders dar. Zum einen gelten in den psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken nach wie vor tagesgleiche Pflegesätze, ein pauschalisiertes Entgeltsystem soll erst sukzessive ab 2015 eingeführt werden. Die Verweildauer – die Anzahl der Tage des stationären Aufenthalts – hat sich zwar auch in diesem Fachbereich in den letzten zwei Jahrzehnten stark reduziert, doch liegt sie weiterhin über der Verweildauer der somatischen Fachbereiche. Zum anderen ist eine Unterbringung gegen den Willen der Patientin/des Patienten eine besondere Situation, die bei psychischer Erkrankung, die mit Eigen- und Fremdgefährdung einhergeht, auf Grundlage länderspezifischer Gesetze angeordnet werden kann (in Niedersachsen z.B. nach §§16 und 17 NPsychKG[6]). Die Antragsstellung ist zwar in anderen Krankenhäusern genauso möglich, doch in psychiatrischen Kliniken naturgemäß bedeutsamer.

6 | Niedersächsisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG), § 16 NPsychKG führt die Voraussetzung für eine Unterbringung gegen den Willen des Betroffenen aus, nämlich wenn für die Person »infolge ihrer Krankheit oder Behinderung […] eine gegenwärtige erhebliche Gefahr […] für sich oder andere ausgeht und diese Gefahr auf andere Weise nicht abgewendet werden kann.« In § 17 NPsychKG sind die Form bzw. die Fristen der Antragsstellung festgelegt. Das zuständige Betreuungsgericht entscheidet über den Antrag, der ärztlich bezeugt sein muss.

Die Untersuchungsdesigns von online-survey, Telefonbefragung und schriftlicher Fragebogenerhebung haben verschiedene Vor- und Nachteile bezüglich der Durchführbarkeit und Interpretation der Ergebnisse. Da bisher keine Daten zur Relevanz fehlender Krankenversicherung und fehlenden Papieren von Patientinnen und Patienten für Krankenhäuser vorliegen und lediglich einzelne Erfahrungsberichte bekannt sind, wurde eine quantitative Methode gewählt. Um zu entscheiden, welche Befragungsform am erfolgversprechendsten hinsichtlich des Rücklaufs sein wird, wurden mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Krankenhäusern unterschiedlicher Professionen vorweg Gespräche geführt. Darunter befanden sich fünf Personen aus der Sozialarbeit, vier aus dem ärztlichen Personal, drei Personen aus den Geschäftsführungen sowie zwei Personen aus anderen Verwaltungsbereichen (Patientenmanagement, Abrechnung) verschiedener Krankenhäuser in Hessen, Niedersachsen und Berlin. Zudem wurden mit mehreren Migrantinnen und Migranten, die ohne eine Krankenversicherung die Notaufnahme von Krankenhäusern aufgesucht hatten, im Rahmen der ehrenamtlichen Tätigkeit der Autorin bei einer medizinischen Beratungsstelle explorierende Gespräche geführt. Die Erfahrungsberichte zeigen nicht nur mögliche Hürden im Zugang zur medizinischen Behandlung, sondern auch, wer die ersten Kontaktpersonen im Krankenhaus sein können. Das befragte Personal aus den Krankenhäusern wurde unstrukturiert ausgewählt über Vermittlung durch Bekannte aus dem Gesundheitssektor, die wiederum, insbesondere in Bezug auf Personen aus der Geschäftsführung, ein Gespräch ermöglichten. So befanden sich darunter Menschen, die bereits Berührung mit dem Thema hatten, als auch Personen, denen die Fragestellung noch unbekannt war. In den Gesprächen kristallisierte sich heraus, dass einhellig eine schriftliche Befragung empfohlen wurde und eine große Skepsis bestand, ob es überhaupt in den Häusern eine Bereitschaft zur Beantwortung gäbe. Dabei seien mehrere Faktoren relevant:

1. Das Thema könne ggf. zu einem Imageschaden für das Krankenhaus führen, z.B. wie im Zusammenhang mit den Medienberichten zum Tod des Neugeborenen einer ghanaischen Mutter, nachdem sie die Notaufnahme des Krankenhauses »Auf der Bult« in Hannover aufgesucht hatte (s. Kapitel 2.5).
2. Es gäbe eine große Unsicherheit bezüglich der rechtlichen Lage, die zu einer Abwehrhaltung in den Häusern führe aufgrund der Befürchtung, Fehler zu begehen bzw. begangen zu haben.
3. Die zeitliche Investition in die Beantwortung eines Fragebogens zu diesem Thema lohne sich für die Befragten nicht, da sie keinen direkten Nutzen daraus zögen.
4. Es gäbe keine Bereitschaft, Zahlen zu Erlösausfällen für stationäre Behandlungen zu nennen. Der genaue Hintergrund für diese Haltung

blieb unklar. Im Übrigen bestehe die Sorge, kostenlos durchgeführte Behandlungen würden sich bei Betroffenen weiter herumsprechen mit der Folge einer Mehrbelastung des Krankenhauses.

Zur Frage des geeigneten Adressaten des Fragebogens waren alle Gesprächspartnerinnen und -partner der Auffassung, dass die Befragung an die Geschäftsführung gerichtet sein sollte, da diese in jedem Fall über eine Teilnahme entscheiden müsse. Eine bundesweite Vollerhebung an den Krankenhäusern wäre wünschenswert, im Rahmen der vorliegenden Arbeit musste die Erhebung allerdings bei insgesamt etwa 1.996 Krankenhäusern[7] auf einige Bundesländer begrenzt bleiben. Neben regionalen Besonderheiten gibt es insbesondere länderspezifische Regelungen im Umgang mit Migrantinnen und Migranten außerhalb des regulären Gesundheitssystems (s. Kapitel 2.5). Daher erfolgte die Auswahl der zu befragenden Krankenhäuser entlang der Bundesländer. Mit Niedersachsen, Berlin und Hamburg wurden drei Bundesländer in räumlicher Nähe bestimmt, in welchen die politischen und strukturellen Begebenheiten bekannt sind und in den letzten Jahren vor Erhebung wenig grundsätzliche Änderungen erfuhren. Zudem war zu einem frühen Zeitpunkt in der Studienplanung bereits von Krankenhauspersonal die Vermutung geäußert worden, dass sich private Träger nicht an Befragungen, die finanzielle Aspekte berührten, beteiligen würden. Daher wurde z.B. das Bundesland Bremen aufgrund der hohen Privatisierungsrate nicht mehr berücksichtigt. Niedersachsen, Berlin und Hamburg weisen außerdem wichtige verschiedene Strukturmerkmale auf. Niedersachsen ist ein Flächenland, Berlin hat eine besondere Stellung als größte Stadt und Hauptstadt mit einem hohen Bevölkerungsanteil von Menschen mit Migrationshintergrund. In Hamburg als Stadtstaat und Ballungsraum wird ebenfalls von einem höheren Anteil an Migrantinnen und Migranten ohne Zugang zum regulären Gesundheitssystem ausgegangen[8] bei einer hohen Anzahl an Krankenhäusern (s. Tab. 22).[9] Im Deutschen Krankenhausverzeichnis (DKV) wurden im Jahr 2015 für Niedersachsen, Berlin und Hamburg insgesamt 286 Krankenhäuser aufgeführt (Stand: Januar 2015). Das DKV ist ein Angebot für Patientinnen und Patienten, in dem Krankenhäuser nach ihrem Leistungsumfang und weiteren Kategorien gesucht werden kön-

7 | Siehe Gesundheitsberichterstattung des Bundes: www.gbe-bund.de [08.04.2015]. Die Angabe zur Krankenhausstatistik bezieht sich auf das letzte Berechnungsjahr 2013. Dabei wird nicht zwischen Krankenhäusern gemäß § 108 SGB V und anderen Häusern (z.B. privaten Kliniken) unterschieden, die eine stationäre Behandlung durchführen. Reha- und Spezialkrankenhäuser sind also ebenfalls inkludiert.

8 | Vgl. Vogel/Aßner (2009), S. 130.

9 | Einrichtungen pro 100.000 Einwohner im letzten Berechnungsjahr 2013: Niedersachsen 2,4; Berlin 2,5 und Hamburg 3,0. Siehe www.gbe-bund.de [17.04.2015].

nen. In Niedersachsen gibt es gemäß des DKV im Jahr 2015 insgesamt 193 Krankenhäuser, in Berlin 58 und in Hamburg 35, die unterschiedliche Merkmale aufweisen. Darunter werden sowohl Rehabilitationseinrichtungen, Tageskliniken als auch Einrichtungen, die lediglich über Belegbetten verfügen, aufgeführt. Daher reduziert sich die Anzahl für die Befragung, zudem sind vier Häuser in der Liste doppelt aufgeführt. Spezialisierte Zentren für Venenchirurgie und z.B. spezielle Augenoperationen wurden ebenfalls nicht mit einbezogen sowie teilstationäre Einrichtungen (Tageskliniken). Einige Krankenhäuser wurden zudem zusammengefasst, da sie eine gemeinsame ärztliche Leitung und Geschäftsführung aufweisen und nicht davon auszugehen ist, dass die Bereitschaft vorhanden sein würde, für verschiedene Standorte einzelne Fragebögen zu beantworten. Auch ist es eher unwahrscheinlich, dass bei der Geschäftsführung eine nach Standort differenzierte Beantwortung der Fragen möglich wäre. Ein Fragebogen im Rücklauf bezieht sich auf mehrere Standorte, was im Ergebnisteil angezeigt wird.

Die Auswertung der Daten erfolgt mit Hilfe von IBM SPSS-Statistics, Version 19. Aufgrund des explorativen Charakters der Studie werden die Ergebnisse deskriptiv ausgewertet. Unterschiede in den relativen Häufigkeiten von Merkmalen werden lediglich beschrieben, aufgrund der geringen Fallzahl findet der Chi-Quadrat-Test nach Pearson keine Anwendung. Die Antworten auf offene Fragen werden zunächst in Kategorien unterteilt und anschließend ebenfalls quantitativ-deskriptiv beschrieben.

6.1.2 Konstruktion des Fragebogens

Die inhaltliche Ausrichtung des Fragebogens erfolgte auf Basis von Fallvignetten, Erfahrungsberichten und der Literaturrecherche, die Schwierigkeiten und mögliche Hemmnisse im Zugang Betroffener zur notfallmäßigen Versorgung (s. hierzu Kapitel 1.3) ansprechen. Der Aufbau der Fragen, die Reihenfolge, die Konstruktion und das Design orientieren sich, wie bereits in Kapitel 5.1.2 beschrieben, an den Empfehlungen von Dillman et al. und Geyer.[10] Dazu gehören u.a. ein inhaltlicher Aufbau von allgemeineren zu spezifischeren Fragen, sensible Inhalte zu meiden oder ggf. im hinteren Teil eines Fragebogens abzufragen, die Fragen optisch deutlich voneinander zu trennen, eine einfach zu verstehende Fragestellung ohne Mehrfachfragen in einem Item, die Antwortformate den möglichen Antworten adäquat und deutlich voneinander abgrenzbar zu formulieren, Listenfragen und Querverweise sowie Abkürzungen zu vermeiden. Nach der ersten Fertigstellung wurde der Kurzfragebogen zur Testung Krankenhauspersonal aus der Verwaltung und dem Sozialdienst vorgelegt, die in anschließenden Gesprächen ihr Fragenverständnis formulierten

10 | Vgl. Dillman et al. (2014), S. 352-363, Geyer (2001), S. 58-68 und S. 91-117.

und ihre Anmerkungen zu jeder Frage gaben im Sinne eines »Retrospective-Think-Aloud«.[11] Einige Fragen wurden in der Folge entsprechend der Empfehlungen modifiziert. Die Frage zu nicht gedeckten Kosten konnte in der Testung nicht beantwortet werden, verblieb aber wegen ihrer Bedeutung im Fragebogen, da vermutlich nicht nur der Sozialdienst von der Leitung um Beantwortung gebeten werden würde. Die Themenbreite der Fragen, die unterschiedliche Berufsfelder betreffen können – ärztliche, soziale und buchhalterische – wurden wiederholt als potenzielle Schwierigkeit benannt. Im ersten notfallmäßigen Kontakt im Krankenhaus können allerdings die verschiedenen Aspekte wie Baranzahlung und ärztliche Entscheidungen relevant sein, weshalb die Frageninhalte beibehalten wurden. Aus der Geschäftsführung konnte keine Person zur Fragebogentestung gewonnen werden.

Der Fragebogen umfasst in der endgültigen Version acht Seiten, die ein Deckblatt mit Titel und Absender sowie eine kurzgefasste Erläuterung zum Ausfüllen und zur Begrifflichkeit nicht krankenversicherter Migrantinnen und Migranten beinhalten. Die (ausländer-)rechtliche Abgrenzung zwischen Bürgerinnen und Bürgern der EU, Asylsuchenden und Menschen ohne Papiere wird dabei dargelegt. Zudem wird erneut (wie bereits im Anschreiben) darauf hingewiesen, dass die Nummerierung der Fragebögen nicht zur Identifizierung des einzelnen Krankenhauses in der Auswertung dient, sondern lediglich der Zuordnung der Rücksendungen. Auf den folgenden Seiten wird zur Übersichtlichkeit jede einzelne Frage durch einen Rahmen optisch abgehoben. Der Kurz-Fragebogen beinhaltet zwölf Fragen mit insgesamt drei Folgefragen. Sie betreffen folgende Aspekte:

1. Ambulante und stationäre Krankenhausversorgung von Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung in den letzten vier Jahren,
2. Personengruppen ohne Kostenträger sowie deren Umfang in der stationären Versorgung,
3. Diagnosen der Betroffenen,
4. durch das Krankenhaus gestellte Nothelferanträge an das Sozialamt und deren Bewilligung,
5. der Ablauf in der Notaufnahme bei fehlender Krankenversicherungskarte,
6. Kontakte zu Hilfsorganisationen,
7. der Umfang nicht gedeckter Kosten der stationären Versorgung,
8. Anmerkungen und Fallbeispiel.

Es werden überwiegend geschlossene Antwortformate vorgegeben, allerdings bestand bei fast jeder Frage die Möglichkeit zu einer Anmerkung. Bei den Fragen zu Diagnosen, den nicht erstatteten Kosten für stationäre Behandlungen,

11 | Vgl. Kurz et al. (1999), S. 88.

bekannten Hilfsorganisationen, mit denen bereits Kontakt aufgenommen worden war sowie der Position des Antwortenden im Krankenhaus werden keine Antworten vorgegeben, sondern muss ein Text frei eingetragen werden. Die Fragen zu o. g. 1. und 7. Punkt bitten explizit um eine Einschätzung, da der Aufenthaltsstatus üblicherweise nicht im Krankenhaussystem dokumentiert wird und auch in der übrigen Buchhaltung keine Unterscheidung und Dokumentation nach Migrationshintergrund stattfindet. Zudem berührt die Fragestellung sowohl ärztliche als auch finanzielle Aspekte. Beispielsweise sind Fragen zum tatsächlichen Umfang nicht gedeckter Kosten von ärztlicher Seite schwieriger zu beantworten als Fragen nach Diagnosen und dem Vorgehen in der Notaufnahmesituation. Letzteres könnte wiederum nicht in jedem Fall von Verwaltungspersonal hinreichend beantwortet werden. Somit macht zwar eine Schätzung die Daten unschärfer, allerdings kann es die Bereitschaft zur Auskunft erhöhen, da es zumeist unmöglich sein wird, exakte Zahlen zu eruieren. Am Ende des Fragebogens werden die Rücksendemöglichkeiten noch einmal aufgeführt und Adressen bzw. Faxnummer angegeben, um so die Zusendung zu erleichtern. Nach den positiven Erfahrungen im Rahmen der Erhebung zu Kontakten mit Migrantinnen und Migranten ohne Papiere an Gesundheitsämtern (s. Kapitel 5), ist auch diesem Fragebogen am Ende ein Anhang angefügt, in dem unabhängig von der Beantwortung der übrigen Fragen um ein Fallbeispiel gebeten wird. Der zeitliche Aufwand zum Ausfüllen des Fragebogens hängt auch bei dieser Befragung davon ab, ob das Krankenhaus bereits Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung versorgt und Erlösausfälle hatte. Ist dies der Fall, nimmt die Beantwortung etwa 15 Minuten in Anspruch. Aufgrund des sensiblen Themengegenstandes, der unter bestimmten Umständen negative Folgen für die Krankenhäuser haben könnte, werden auf Fragen zur Einstellung der Befragten zur Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung verzichtet. Daher findet auch die Auswertung der Fragebögen anonymisiert und weder Träger-, Bettenanzahl- noch Bundesland bezogen statt.

6.1.3 Durchführung der Befragung

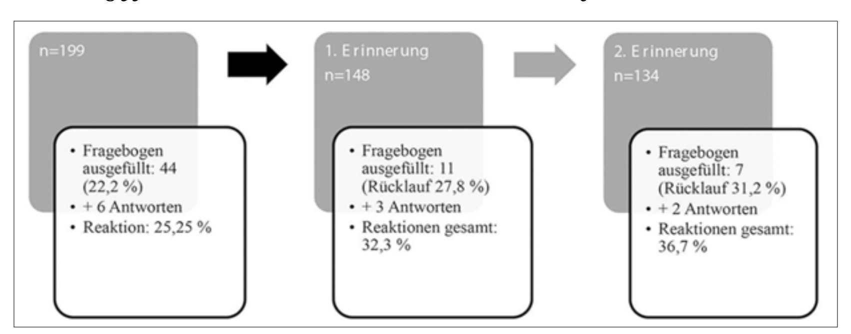
Es wurden 199 von insgesamt 286 im Deutschen Krankenhausverzeichnis (DKV) für die drei Bundesländer Niedersachsen, Berlin und Hamburg aufgeführten Krankenhäuser angeschrieben. In Tab. 21 sind die Fallzahlen für die Erhebung nach Bundesland aufgeführt.

Tabelle 21: Gesamtzahl der angeschriebenen Krankenhäuser und Fragebogenrücklauf

	Gesamtzahl	Ohne Spezial- und Reha-kliniken	Krankenhäuser mit gemeinsamer Leitung zusammengefasst	Fragebogen-Rücklauf
Niedersachsen	193	147	129	44
Berlin	58	46	46	11
Hamburg	35	28	24	7
Gesamt	**286**	**221**	**199**	**62**

Auf der Homepage jedes Krankenhauses wurde der Kontakt zur Geschäftsführung und zur ärztlichen Leitung herausgesucht. Geschäftsführung und ärztliche Leitung wurden getrennt angeschrieben, sofern es verschiedene E-Mail Kontakte gab, was bei der Mehrzahl der Häuser der Fall war. Insgesamt fünf Krankenhäuser geben keine E-Mail-Adresse, sondern lediglich postalischen Kontakt oder ein Kontaktformular an. Diesen Häusern wurde der Fragebogen per Fax zugesendet. Im einseitigen Anschreiben im Corporate Design der Medizinischen Hochschule Hannover werden das Ziel der Studie beschrieben und die Adressaten (Geschäftsführung und ärztliche Leitung) genannt. Zudem werden der ungefähre Zeitumfang für die Beantwortung des Fragebogens angegeben sowie Kontaktangaben für jegliche Rückfragen. In dem Anschreiben wird ausdrücklich darum gebeten, den Fragebogen auch dann zurück zu senden, sollten nur einzelne Fragen beantwortbar erscheinen. Der achtseitige Fragebogen befand sich als pdf-Datei und im doc-Format im Anhang der E-Mail. Die zwei Dateitypen wurden optional zur Verfügung gestellt, um sowohl ein Ausfüllen am Computer als auch die händische Beantwortung zu ermöglichen. Die Rücksendung konnte per E-Mail, per Post und per Fax erfolgen. Die Befragung erfolgte zwischen Dezember 2014 und April 2015. Bei der ersten Zusendung des Fragebogens erfolgte die Bitte um Rücksendung vier Wochen später zu einem festgesetzten Datum. Ein erstes Erinnerungsschreiben mit dem Fragebogen erneut im Anhang erfolgte im Februar 2015 mit einer weiteren vierwöchigen Frist zur Rücksendung. Eine zweite und letzte E-Mail zur Erinnerung an die Befragung, wieder mit Anhang, wurde im April 2015 versendet und ein Datum für die Rücksendung zwei Wochen später festgesetzt (s. Abb. 35).

Abbildung 35: Anzahl versendeter Schreiben und Rücklauf

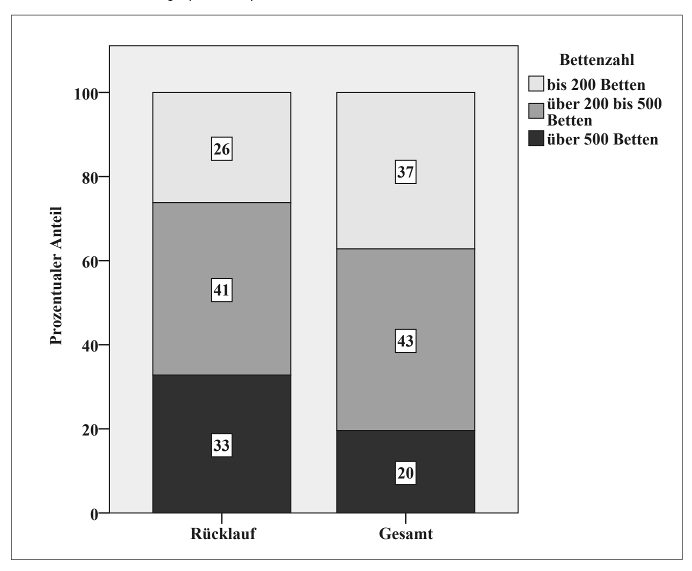


Um eine größere Akzeptanz für die Erhebung bei den Geschäftsführungen der Krankenhäuser zu erzielen, wurden zuvor die Interessensvertretungen der Krankenhäuser in den Bundesländern – die Niedersächsische Krankenhausgesellschaft e.V. (NKG), die Hamburgische Krankenhausgesellschaft e.V. und die Berliner Krankenhausgesellschaft – um Unterstützung der Studie gebeten. Die NKG hat sich dazu bereit erklärt, mit dem Wunsch, die Ergebnisse der Befragung mitgeteilt zu bekommen. Auf die (ideelle) Unterstützung durch die NKG wird im Anschreiben und auf dem Deckblatt des Fragebogens hingewiesen. Auf einen materiellen Anreiz wurde trotz Hinweise auf Erhöhung der Responserate in schriftlichen Befragungen verzichtet mangels finanzieller Förderung der Studie. Im Anschreiben wird aber – ein zwar geringer *incentive* – darauf hingewiesen, dass bei Wunsch nach Abschluss der Studie die Ergebnisse zugesendet werden können. In einigen Antworten der Krankenhäuser wird dann auch die Bitte geäußert, die Resultate zu erhalten.

6.1.4 Datenrücklauf

Von 199 befragten Krankenhäusern sendeten 62 (31,2 %) den Fragebogen zurück. Aus weiteren 11 Krankenhäusern kam die Rückmeldung, dass sie nicht an der Befragung teilnehmen. Eine Übersicht zum Rücklauf aus den Bundesländern ist in Tab. 21 dargestellt. Hinsichtlich der Verteilung der Non-Responder zeigt sich, dass vor allem die Krankenhäuser in Berlin und in Hamburg nicht geantwortet haben. Möglicherweise könnte die Unterstützung durch die Niedersächsische Krankenhausgesellschaft dazu geführt haben, dass die Krankenhausleitungen in diesem Bundesland eher bereit waren, den Fragebogen auszufüllen. In Niedersachsen antworteten vor allem die privaten Krankenhausträger nicht auf die Anfrage, zudem kamen unterdurchschnittlich wenige Fragebögen aus Krankenhäusern zurück, die über weniger als 150 Betten verfügen (s. Abb. 36).

Abbildung 36: Bettenanzahl der Krankenhäuser gesamt und im Rücklauf (n=60)



Anmerkung: Eine Antwort erfolgte für mehrere Krankenhäuser, diese wird für die Abbildung daher nicht berücksichtigt.

Im Verlauf des Befragungszeitraums wurde in mehreren Telefonaten mit ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die in Krankenhäusern unter privater Trägerschaft tätig sind, ohne Nachfrage die Auffassung wiedergegeben, es gäbe bei diesem Unternehmen generell keine Beteiligung an Befragungen und einen sehr intransparenten Umgang mit Zahlen aus der Buchhaltung. Es wurde geschildert, dass häufig Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung notfallmäßig in die Klinik kämen. Die Häuser, die auf die schriftliche Anfrage antworteten, aber den Fragebogen nicht ausfüllten, gaben mit zwei Ausnahmen alle an, dass sie zur Beantwortung »aufgrund der derzeitigen Personalsituation nicht in der Lage« seien, aus mangelnden »zeitlichen Ressourcen« bzw. in Anbetracht einer »unglaublichen Flut von Befragungen«. Ein Krankenhaus meldete zurück, die Krankenhausversorgung von Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung sei »kein Thema«, in einem anderen Fall lehnte die Krankenhausleitung die Beteiligung ab, das Thema sei »nicht ganz unkritisch«.

Tabelle 22: Charakteristika der Bundesländer und der Krankenhäuser

	Betten je 100.000 Einwohner/-innen (2013)	Anzahl Kranken-häuser unter privater Trägerschaft	Menschen mit Migrationshintergrund[12]	Anteil Krankenhäuser in % nach Bettenzahl		
				bis 200	>200-500	>500
Niedersachsen	543,4	31	17,3 %	45	42,6	12,4
Berlin	590,6	3	25,5 %	21,7	50	28,3
Hamburg	698,9	8	27,7 %	25	33,3	41,7

6.2 Ergebnisse

6.2.1 Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung in der Krankenhausversorgung

Patientinnen und Patienten, die die Notaufnahme eines Krankenhauses aufsuchen, müssen ärztlich untersucht und nach ärztlicher Entscheidung stationär aufgenommen oder aus dem ambulanten Kontakt entlassen werden. In der Befragung geben 51 (82,3 %) Krankenhäuser an, dass im erfragten Zeitraum 2011 bis 2014 schon einmal Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung notfallmäßig vorstellig geworden sind. Von den übrigen elf Häusern im Fragebogenrücklauf können es drei lediglich vermuten, zwei wissen es nicht und sechs (9,7 %) verneinen die Frage. Lediglich fünf der 51 Häuser machen dabei für die einzelnen abgefragten Jahre 2011, 2012, 2013 und 2014 abweichende Angaben. Aus zwei Krankenhäusern wird es nur grundsätzlich bejaht, ohne dass für die einzelnen Jahre Angaben gemacht werden. Eine stationäre Behandlung von nichtversicherten Migrantinnen und Migranten können ebenfalls 51 Krankenhäuser grundsätzlich bejahen. Dabei handelt es sich in 50 Fällen um dieselben Häuser, die bereits Notfallkontakte angeben. Eine Klinik bejaht die stationäre Behandlung, während die Frage nach notfallmäßigen Kontakten mit »weiß nicht« beantwortet worden ist.

---

12 | Zu den Menschen mit Migrationshintergrund zählen »alle Ausländer und eingebürgerte ehemalige Ausländer, alle nach 1949 als Deutsche auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderte, sowie alle in Deutschland als Deutsche Geborene mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil.« Als Menschen mit Migrationshintergrund im »engeren Sinn« werden die verstanden, die zu den Erhebungszeitpunkten einen durchgehend bestimmbaren Migrationshintergrund haben. Siehe Statistisches Bundesamt (2015), S. 6, 45, 51.

Abbildung 37: Krankenhausversorgung von Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung sowie ohne Papiere (n=61)

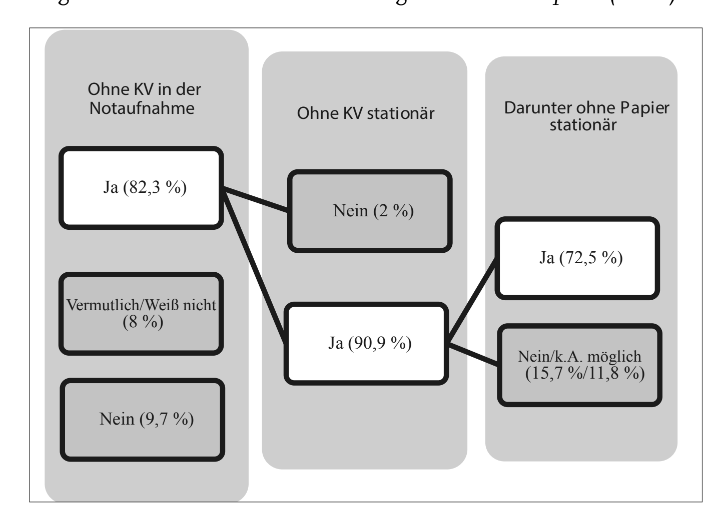
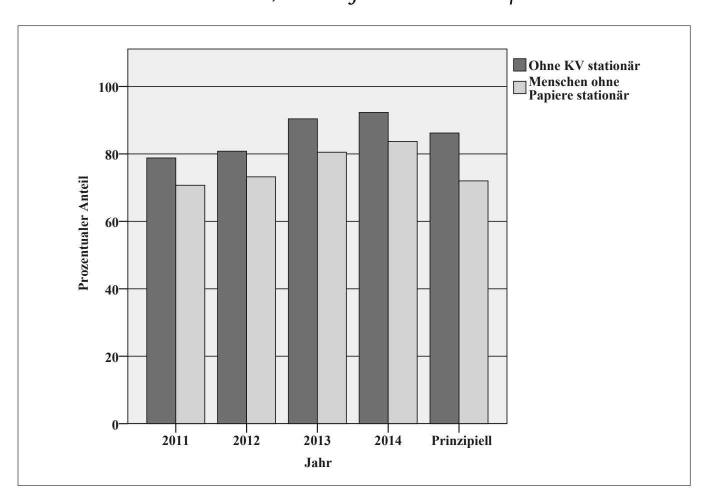


Abbildung 38: Anteil in % der Krankenhäuser, die Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung sowie ohne Papiere stationär behandelt haben, in den Jahren 2011-2014



Anmerkung: Der prozentuale Anteil bezieht sich für das jeweilige Jahr auf die Anzahl der Krankenhäuser, die insgesamt eine stationäre Behandlung von Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung bejaht haben. Das Item »Prinzipiell« bezieht sich auf alle Krankenhäuser im Rücklauf.

Abbildung 39: Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung (KV) in der stationären Behandlung nach Bettenzahl der Krankenhäuser

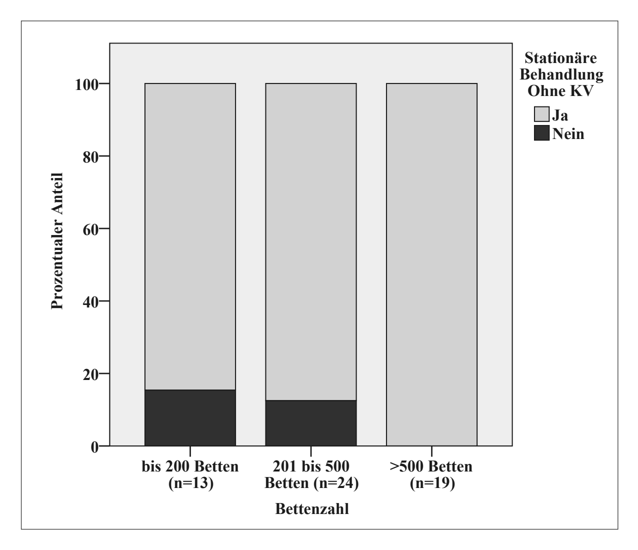
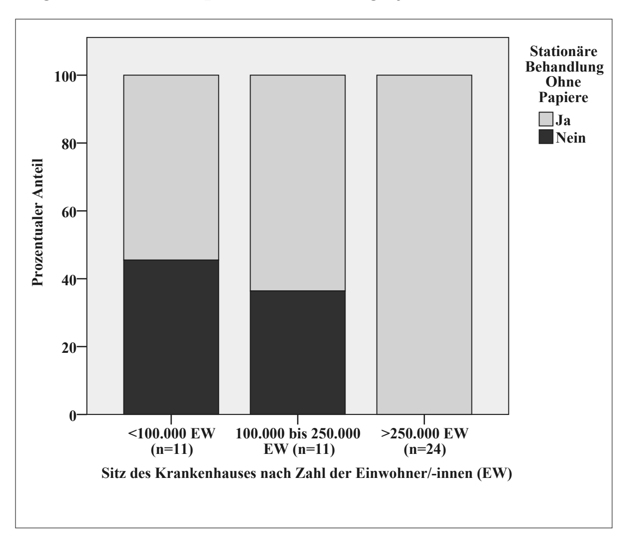


Abbildung 40: Stationäre Behandlung von Migrantinnen und Migranten ohne Papiere nach Stadtgröße



Von den übrigen Krankenhäusern aus dem Rücklauf (gesamt n=62) wissen drei Häuser nicht, ob eine stationäre Behandlung stattgefunden habe, fünf verneinen es (8,5 %) und drei beantworten die Frage nicht. Diese drei haben

bereits einen Kontakt in der Notaufnahme verneint. 37 der 51 Kliniken (72,5 %) geben an, dass sich darunter Menschen ohne Papiere befanden. Acht verneinen es und die Übrigen wissen es nicht (s. Abb. 37). Die Abb. 38 gibt eine Übersicht der Angaben zu den erfragten Jahren.

Die Krankenhäuser, die angeben, bisher keine Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung stationär behandelt zu haben, befinden sich vor allem in kleineren Städten mit unter 100.000 Einwohnerinnen/Einwohnern (EW). Zudem sind es vor allem die Krankenhäuser mit weniger als 200 Betten (s. Abb. 39). Bei der Angabe, dass sich Menschen ohne Papiere unter den stationär Behandelten befanden, zeigt sich eine ähnliche Verteilung (s. Abb. 40).

Im Fragebogen wird auch nach der Anzahl der Migrantinnen und Migranten ohne Papiere gefragt, die in den Jahren 2011 bis 2014 stationär behandelt wurden. Dazu machen 32 der 50 Krankenhäuser eine Angabe. Für die Jahre vor 2014 ist die Anzahl der Häuser abnehmend, die die Zahl der Behandelten beziffern. Für 2013 geben noch 28 Einrichtungen eine Zahl an, 27 für 2012 und für das Jahr 2011 sind es 25 Krankenhäuser. Die Spanne ist Tab. 23 zu entnehmen. Einige Antwortende merken im Fragebogen an, dass der Aufenthaltsstatus nicht dokumentiert werde und es ihnen daher nicht möglich sei, Zahlenangaben zu machen. Bei der Bezifferung der Behandelten wird explizit um eine Schätzung gebeten. Aufgrund der geringen absoluten Zahlen an Krankenhäusern, die eine Angabe machen, sind in der Tabelle lediglich die Spannbreiten der Personenanzahl aufgeführt.

Tabelle 23: Patientinnen und Patienten (Pat.) ohne Papiere in der stationären Versorgung (n=33)

Spanne Zahl Pat.		1-5	6-10	11-20	21-30	>30
Häufigkeit der Nennung im jeweiligen Jahr	**2014**	15	2	5	10	1
	2013	13	2	13	0	1
	2012	13	6	8	0	1
	2011	15	5	5	0	1

Danach gefragt, ob Patientinnen und Patienten die Häuser notfallmäßig aufgesucht haben, die nicht unter die genannten Definitionen passen und für die ebenfalls kein Kostenträger gefunden wurde, bejahen 36 der Krankenhäuser diese Frage. Einige Häuser (n=11) erläutern, um welche Gruppe es sich dabei handelt: »Patienten (Deutsche) ohne Versicherungsschutz, ehem. PKV [Private Krankenversicherung, Anm. der Autorin].« Diese 36 Krankenhäuser haben ebenfalls einen Kontakt zu Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung in der Notaufnahme angegeben. Die Mehrheit hat zudem bereits Erfahrungen in der stationären Versorgung Papierloser (90 %).

6.2.2 Diagnosen

In den Fragebögen wird nach medizinischen Diagnosen gefragt, die Gründe der stationären Aufnahme von Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung waren. 48 Krankenhäuser (77,4 %) machen Angaben zum Behandlungsanlass. 47 dieser 48 Häuser haben zuvor angegeben, bereits Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung *stationär* behandelt zu haben. Die Spezifität der Angaben zu den Diagnosen weist eine große Bandbreite auf. Es werden sowohl ICD-10-Kodierungen[13] genannt als auch lediglich Fachgebiete, z.T. wird nur zwischen chronischen und akuten Erkrankungen unterschieden. Tab. 24 listet die Erkrankungsgebiete auf, die gehäuft genannt werden. Die unspezifischen Angaben wie »chronisch/akut« oder »Innere Medizin« sind dabei nicht mit aufgeführt.

Tabelle 24: Behandlungsgründe von Migrierten ohne Krankenversicherung

Diagnose (n=82 von 32 Krankenhäusern)	Häufigkeit
Alkohol-/Drogenintoxikation	14
Entbindungen	12
Infektionen (Tuberkulose, Hepatitis, Sepsis)	11
Unfälle, Verletzungen	11
Anderes (z.B. Ulcera, gastro-enterologische und neurologische Erkrankungen, PTBS)	11
gynäkologische Erkrankungen	7
Suizidalität	4
Onkologische Erkrankungen	2
Paranoide Schizophrenie	2
Erfrierungen	1
Blutung	1
Frühgeborene	1

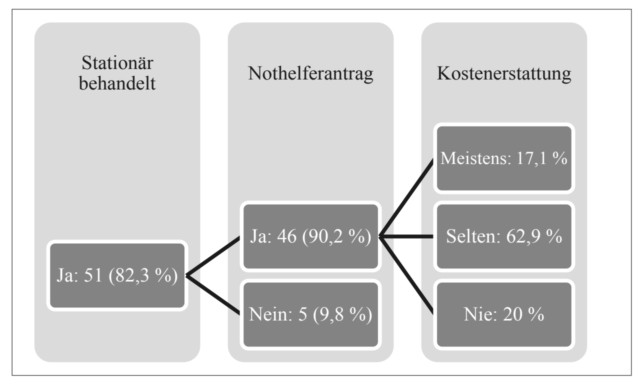
13 | International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; deutsch: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. Die Klassifikation wurde von der Weltgesundheitsorganisation erstellt. Die Ziffer 10 steht für die 10. Revision der Klassifikation. Zur Abrechnung ärztlicher Leistungen werden die Diagnosen einer Patientin/eines Patienten nach dem für Deutschland modifizierten ICD-10-Katalog des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) verschlüsselt.

6.2.3 Nothelferantrag gemäß § 25 SGB XII

Die große Mehrheit der Krankenhäuser (76,7 %; n=46) hat bereits einen Antrag gemäß § 25 SGB XII (»Nothelferantrag«) gestellt, um die Kosten für die Behandlung einer Migrantin bzw. eines Migranten durch das Sozialamt im Nachhinein erstattet zu bekommen. Diese Häuser hatten auch bereits Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung *stationär* behandelt. Mit einer Ausnahme stellten wiederum alle die Krankenhäuser einen Nothelferantrag, die auch Menschen ohne Papiere stationär versorgt haben. In zwei von 62 Fragebögen wird die Frage nach dem Nothelferantrag nicht beantwortet. Unter den Häusern, die bisher keinen Nothelferantrag gestellt haben – zumindest nicht in den Jahren 2011 bis 2014 –, geben vier von 14 Häusern an, bereits Migrantinnen und Migranten ohne Versicherung stationär behandelt zu haben, ein Haus vermutet es, und eines weiß es nicht. Die Hälfte von ihnen hat aber bereits ambulant eine Behandlung durchgeführt. Die Krankenhäuser in den Stadtstaaten geben im Rücklauf fast alle an (95,5 %), Anträge an das Sozialamt gestellt zu haben; im Flächenland Niedersachsen sind es hingegen etwas mehr als Zweidrittel (69 %). 35 der 46 antragsstellenden Krankenhäuser beantworten die Frage, ob nach Antragsstellung eine Kostenerstattung auf Grundlage des § 25 SGB XII erfolgte. Sechs Häuser hatten »meistens« eine Kostenübernahme durch das Sozialamt erreicht (17,1 %). Diese befinden sich alle in Niedersachsen. Ein Krankenhaus, das die Frage mit »meistens« beantwortet, bemerkt: »Wenn Antragsstellung durch Patient erfolgte oder Glaubwürdigkeit der Bedürftigkeit nachvollziehbar.« Bei 22 Krankenhäusern erfolgte »selten« eine Kostenerstattung (62,9 %) und bei weiteren sieben »nie« (s. Abb. 41). Eines dieser Krankenhäuser kommentiert die Antwort wie folgt: »Die Daten, die das Sozialamt benötigt, sind zu umfangreich, oft haben die Patienten keinen Pass, ohne Pass keine [Kosten-]Übernahme.« In einem anderen Fragebogen heißt es dazu: »Anträge werden regelmäßig abgelehnt! Begründung: keine Mitwirkung des Patienten.« Ob die Kostenerstattung durch die Sozialämter auch für Migrantinnen und Migranten ohne Papiere erfolgte, ergibt sich aus der Befragung nicht.

Die sechs Krankenhäuser, die meistens die Kosten durch das Sozialamt erstattet bekamen, geben für 2014 Erlösausfälle zwischen 5.000 € und 20.000 € an, die anderen 29 Krankenhäuser weisen dabei eine sehr breite Spanne zwischen 4.000 € und 360.000 € allein im Jahr 2014 auf. Bei den 11 der 46 Krankenhäuser, die Nothelferanträge gestellt hatten, aber keine Angabe zum Erfolg der Antragsstellung beim Sozialamt machen, geben fünf Häuser finanzielle Ausfälle an, die für 2014 zwischen 5.000 € und 52.000 € liegen.

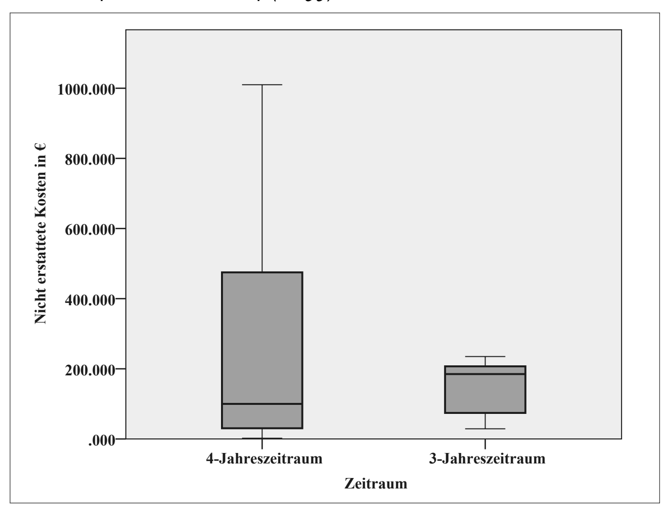
Abbildung 41: Anteil Nothelferanträge und Kostenerstattung bei Krankenhäusern, die Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung stationär behandelt haben



6.2.4 Kosten der Krankenhäuser

Von 62 Krankenhäusern geben 40 »Erlösausfälle« für die stationäre Versorgung von Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung an. Die Kostenspanne reicht von 2.000 € bis 1,01 Mio. € für den gesamten Zeitraum (s. Abb. 42).

Abbildung 42: Nicht erstattete Kosten für stationäre Behandlungen 2011-2014 bzw. 2012-2014 (n=35)



Diese Krankenhäuser haben dementsprechend sowohl alle Kontakte zu Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung in der Notaufnahme als auch stationär angegeben. Bis auf sieben Häuser, die es verneinen, seien darunter auch Menschen ohne Papiere gewesen, die stationär behandelt worden sind. Die Anzahl der Behandelten ohne Papiere reicht für 2011 bis 2014 insgesamt von einer Person bis zu 75 Personen. 30 Krankenhäuser geben an, dass sich unter den Behandelten noch »andere Personen« befunden hätten wie z.B. deutsche Staatsangehörige, die ihren Krankenversicherungsschutz verloren hatten. 92,3 %[14] der Häuser mit Erlösausfällen (n=36) hatten bereits einen Nothelferantrag gestellt, die Mehrheit von 86,7 % dieser Krankenhäuser hatte die Kosten selten oder nie erstattet bekommen. Dass die Polizei bei fehlenden Ausweispapieren der Patientinnen und Patienten meistens oder immer hinzugezogen wird, geben fünf der 40 Krankenhäuser an, in seltenen Fällen informieren 21 Häuser (52,5 %) die Polizei, während die übrigen das nie tun (s. Tab. 25).

Tabelle 25: Variablenausprägungen der Krankenhäuser, die Kostenausfälle für die stationäre Versorgung angeben (n=40)

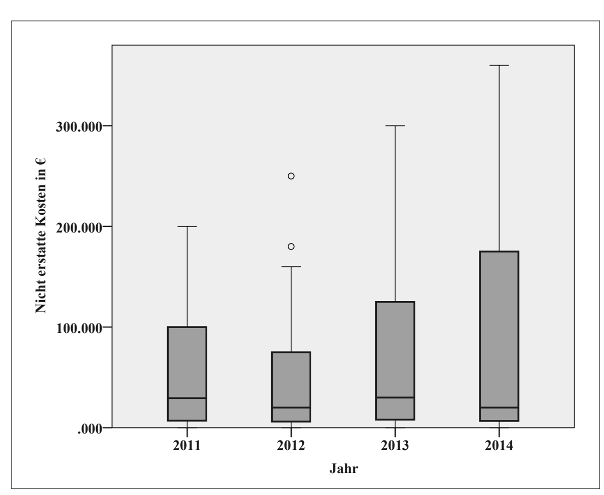
Stationäre Versorgung	**Menschen ohne Papiere darunter**	**Polizei hinzugezogen**	**»Nothelferantrag« gestellt**	**Kostenerstattung selten oder nie**	**Stadtkategorie[15]**	
100 %	75 %	12,5 %	92,3 %	86,7 %	1	25 %
					2	22,5 %
					3	52,5 %

Der Zeitraum, für den Angaben gemacht werden, variiert allerdings. 30 Häuser machen Kostenangaben für den gesamten erfragten Zeitraum, wobei vier von ihnen die Kosten nicht pro Jahr aufschlüsseln. In sieben Fragebögen sind Zahlen für drei der vier erfragten Jahre angegeben und in einem Fragebogen für zwei Jahre. Zwei Krankenhäuser können lediglich für 2014 Summen angeben, die zwischen 2.100 € und 5.000 € pro Haus liegen. Die Spannen der finanziellen Ausfälle pro Jahr gibt die Abb. 43 wieder.

14 | Die Prozentangaben beziehen sich auf gültige Prozente. Dabei werden fehlende Einträge nicht berücksichtigt.

15 | Die Städte sind nach ihrer Einwohnerzahl wie folgt eingeteilt: Kategorie 1: bis unter 100.000 Einwohner; Kategorie 2: 100.000-250.000 Einwohner; Kategorie 3: >250.000 Einwohner.

Abbildung 43: Nicht erstattete Kosten für stationäre Behandlungen je Krankenhaus pro Jahr (n=126 Angaben von 37 Krankenhäusern)

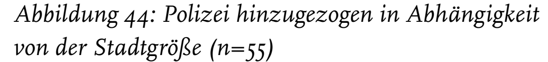


Vier Krankenhäuser ergänzen ihre Angaben um Anmerkungen. In einem Fragebogen wird darauf hingewiesen, dass die Ausfälle durch die ambulante Versorgung deutlich höher lägen (»ambulante Versorgungskosten in Summe deutlich höher«). In einer weiteren Bemerkung wird von Schwierigkeiten berichtet, eine Kostenübernahme bei Unionsbürgerinnen und -bürgern zu erreichen: »Patienten, die dann als Selbstzahler abgerechnet werden (da kein Leistungsanspruch aus dem Sozialgesetzbuch), werden seitens der Buchhaltung überwacht und ggf. ebenfalls niedergeschlagen. Personenkreis: EU Bürger, die in Deutschland ein Gewerbe angemeldet haben, jedoch keine Krankenversicherung haben«. Zwei Krankenhäuser weisen darauf hin, dass hohe finanzielle Ausfälle durch eine intensive Behandlung einzelner Patientinnen bzw. Patienten zustande kamen: »ein Altfall in Höhe von 100.000 €«.

6.2.5 Identitätsfeststellung

Aus Einzelfallberichten gab es bereits die Vermutung, dass von Krankenhausverwaltungspersonal die Polizei informiert wird, um die Identität von Personen feststellen zu lassen, die sich in der Notaufnahme nicht ausweisen. Da dieses Vorgehen schwerwiegende Konsequenzen für Menschen ohne Papiere haben und damit eine hohe Hürde im Zugang zur Gesundheitsversorgung sein kann, wird in dem Kurzfragebogen explizit danach gefragt. 55 Krankenhäuser beantworten die Frage, in vier Fragebögen wird sie lediglich kommentiert (»kein Kommentar«, »entfällt, da Frage 2a [zur stationären Versorgung

von Menschen ohne Papiere, Anm. d. Autorin] mit ›nein‹ beantwortet wurde«, »seit 2013 nicht mehr«) und in drei Fällen werden keinerlei Angaben gemacht. Unter den insgesamt 55 aufgeführten Antworten zeigt sich, dass 47,3 % meinen, in ihrem Krankenhaus würde nie die Polizei hinzugezogen. Fast ebenso viele (43,6 %) rufen die Polizei selten hinzu, wobei mehrfach dazu angemerkt wird, dass dies nur »sehr selten« geschehe (9x), es in der Vergangenheit dazu gekommen war, nun aber nicht mehr gemacht werden würde (2x) oder »sofern [eine] Straftat vermutet oder vorlag« (2x). Lediglich fünf der Häuser (8,5 %) kontaktieren die Polizei immer oder meistens. Wird das Antwortverhalten der Krankenhäuser abhängig von der beruflichen Stellung der Person betrachtet, die den Fragebogen ausfüllte, zeigen sich einige Unterschiede: Während alle Personen aus der Geschäftsführung angeben, dass die Polizei nie hinzugezogen werden würde, geben dies 85,7 % des ärztlichen Personals, 33,3 % aus der Buchhaltung und 28,6 % aus dem Patientenmanagement an. Dass die Polizei selten im Krankenhaus hinzugezogen wird, meinen 66,7 % aus dem Patientenmanagement, 54,8 % aus der Buchhaltung und 14,3 % des ärztlichen Personals. Immer oder meistens wird die Polizei hinzugerufen nach Angabe von 11,9 % der Personen aus der Buchhaltung und von 4,8 % aus dem Patientenmanagement. Abb. 44 stellt die Antworten nach der Stadtgröße, in der sich das Krankenhaus befindet, dar und Abb. 45 in Abhängigkeit von einer stationären Behandlung von Menschen ohne Papiere.


Abbildung 44: Polizei hinzugezogen in Abhängigkeit von der Stadtgröße (n=55)

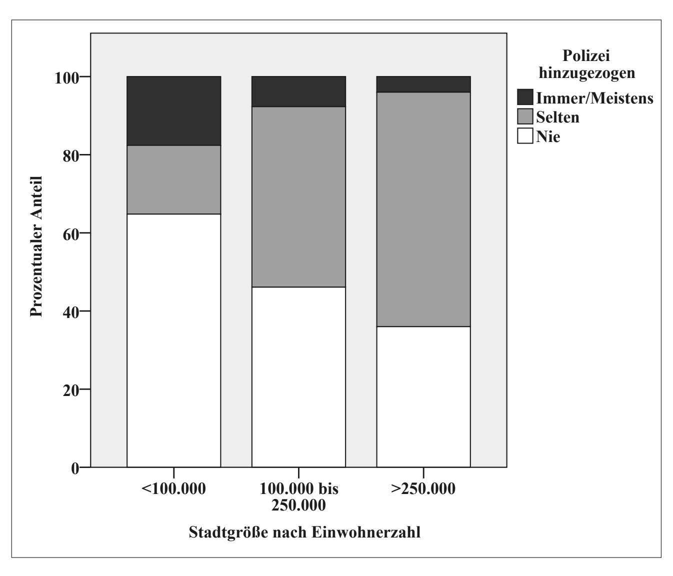
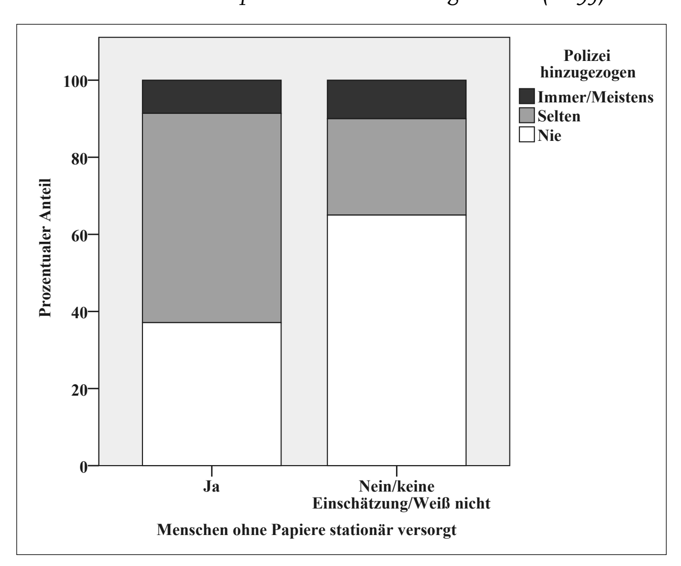


Abbildung 45: Polizei hinzugezogen bei Krankenhäusern, die Menschen ohne Papiere stationär versorgt haben (n=35)



6.2.6 Ablauf in der Notaufnahme

Im Fragebogen wird das Krankenhauspersonal gefragt, wie sie damit umgehen, wenn sich Migrantinnen und Migranten in der Notaufnahme nicht ausweisen und keine Krankenversicherungskarte vorzeigen. In 57 der 62 (91,9 %) ausgefüllten Fragebögen wird diese Frage beantwortet. Die Frage ist offen formuliert, trotzdem zeigen sich Häufungen. Beispielhaft ist folgende Angabe:

»1. Notfallbehandlung durchführen
2. Unterzeichnung Behandlungsvertrag (SZ [Selbstzahler, Anmerkung der Autorin]) + Kopie Pass/Führerschein etc. + Kopie Policen v. Versicherungen, + Infosammlung zu Aufenthalt in Deutschland (Unfall, Durchreise, Besuch, Arbeitgeber etc.)
3. Kontaktaufnahme mit Landkreis (Sozialamt, Einwohnermeldeamt ob bekannt bzw. mit Versicherung bei Police)
4. Vorauszahlung/Abschlagzahlung bei stationärem Patienten sofern Vermögen vorhanden
5. SZ-Rechnung an Kontaktdaten«.

21 der 57 Krankenhäuser weisen ausdrücklich darauf hin, dass im »Notfall immer behandelt« wird oder: »erst Behandlung, dann weiter sehen« bzw. »normale Behandlung«. An anderer Stelle heißt es: »In der Regel handelt es sich um Unterbringungsfälle nach NPsychKG, zu deren Aufnahme wir gesetzlich

verpflichtet sind. Nach Abschluss der Notfallbehandlung werden die Patienten baldmöglichst entlassen.« Und ein anderes Haus berichtet: »Lebensbedrohliche Erkrankungen werden ausgeschlossen bzw. leitliniengerecht stationär behandelt; bei nicht lebensbedrohlichen Erkrankungen erfolgt eine low care-Versorgung.« In einer weiteren Antwort ist es ähnlich formuliert: »[Ich] weise Personal darauf hin, dass nur unabweisbare Leistungen erbracht werden.« In einem Fragebogen kommt eine Behandlung nicht zur Sprache, da heißt es nur: »Polizei«. Dass das Sozialamt kontaktiert werden würde, findet sich bei 33 Antworten. Dazu heißt es z.B.: »Behandlung/Aufnahme erfolgt im Rahmen der Nothilfe § 25 SGB XII. Anmeldung bei SA [Sozialamt, Anm. d. Autorin] erfolgt immer (z.B. ›unbekannt, weiblich‹).« und »ggf. Nothelferantrag, gleichzeitig investigative Arbeiten nach potenziellen anderen Zahlungspflichtigen«. Eine weitere Häufung findet sich zur Baranzahlung: Acht Krankenhäuser geben explizit an, eine Vorauszahlung einzufordern, aus einem weiteren Krankenhaus heißt es dazu: »Aktuelle Überlegungen erwägen, Vorkasse zu nehmen.« In einem Fragebogen wird der Ablauf folgendermaßen dargelegt:

»– Vorsorgliche Meldung an Sozialamt und Jobcenter,
- lasse ggf. Verpflichtung unterschreiben,
- Frage nach ggf. Versicherungsschutz im Heimatland,
- erfrage Aufenthaltsstatus bei der Ausländerbehörde ab; Visum? Ausstellende Behörde? Wer ist Verpflichter?
- Erbitte Vorschuss,
- ggf. Sozialhilfeantrag stellen,
- Notfallbehandlung wird erbracht,
- weise Personal darauf hin, dass nur unabweisbare Leistungen erbracht werden,
- usw.«

In einer anderen Antwort wird auf die interne Verfahrensanweisung bei »ausländischen Selbstzahler-Patienten« verwiesen: Patientinnen und Patienten aus dem EU-Ausland, die nicht über eine Europäische Krankenversichertenkarte oder über »eine Reiseversicherung« verfügen,

»müssen sofort vor der ambulanten Behandlung einen Pauschalbetrag in Höhe von 150,00 Euro für die Erstbehandlung entrichten. Kommt ein Patient mit derselben Diagnose innerhalb von 2 Tagen erneut als ambulanter Notfall, ist jeweils eine Pauschale von 50,00 Euro zu bezahlen. Vor einer stationären Behandlung [ist] sofort (spätestens einen Tag nach der Aufnahme) ein Kostensicherungsbeitrag als Vorschuss in Höhe von 1.000,00 Euro [zu] entrichten«.

Weiter wird ausgeführt: »kann ein entsprechender Betrag seitens des Patienten nicht hinterlegt werden« sollen »verfügbare Teilbeträge« kassiert werden und »Begleitpersonen sind auf Geldautomaten hinzuweisen«. »Nicht ansprechbare Patienten«, die »aus medizinischer Indikation stationär aufgenommen werden müssen und von denen keine Beiträge einbehalten werden können, sind [...] nachzuarbeiten.« Zu »Patienten ohne Geld und persönliche Papiere« wird folgendes vermerkt: »Leistungen [werden] dem Patienten nach der GOÄ [Gebührenordnung für Ärzte, Anm. d. Autorin] zum Standardtarif in Rechnung gestellt. Es erfolgt keine Pauschalabrechnung von 150,00 Euro«.

6.2.7 Kontakte zu Nichtregierungsorganisationen

Im Fragebogen wird gefragt, ob Nichtregierungsorganisationen (NGO) bekannt seien, an die zur medizinischen und rechtlichen Beratung weitervermittelt werden könne, und ob es bereits Kontakte zu den Organisationen gegeben habe. 34 Krankenhäuser (55,7 %) kennen Hilfsorganisationen und 85,3 % von ihnen hatten auch bereits Kontakt aufgenommen. Diese 34 Häuser haben bereits alle Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung stationär behandelt. Bei fast allen (n=31) waren darunter Menschen ohne Papiere. Es werden zumeist die lokalen Hilfseinrichtungen genannt. Aufgrund der geringen absoluten Zahlen eignet sich das Ergebnis nicht zu einer differenzierteren Betrachtung, z.B. ob ein Zusammenhang zur Hinzuziehung der Polizei zur Identitätsfeststellung oder zur Antragsstellung als Nothelfer besteht.

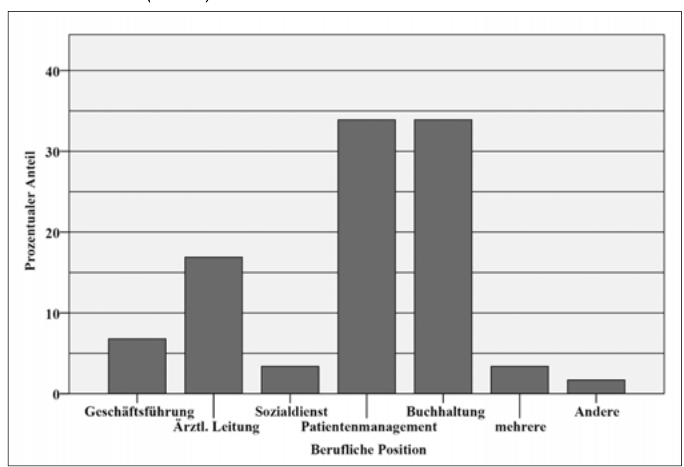
6.2.8 Berufliche Position

Bis auf eine Rücksendung enthalten alle Fragebögen Angaben zur beruflichen Position des Ausfüllenden (s. Abb. 46). 48 Personen geben zudem an, seit wann sie in ihrer beruflichen Position beschäftigt sind. Im Durchschnitt (Mittelwert) haben die Antwortenden seit 8,4 Jahren ihre Position in ihrem Krankenhaus inne, der Median beträgt 7,5 Jahre. Die Spannweite liegt bei 24,5 Jahren (0,5 bis 25 Jahre). Vor allem das Personal im Patientenmanagement (Mittelwert: 12,3 Jahre) und in der Buchhaltung (Mittelwert: 7,6 Jahre) ist bereits seit vielen Jahren in seiner Funktion tätig. Die Geschäftsführer sind im Mittel seit 4,6 Jahren in ihrer Position und bei der ärztlichen Leitung liegt der Median bei 3,7 Jahren[16]. Elf Personen waren Anfang 2011 noch nicht in ihrer derzeitigen beruflichen Position; ob sie bereits in demselben Krankenhaus tätig waren, wird nicht erfragt. Möglicherweise erklärt sich damit in manchen

16 | Da es bei dieser Position einen Ausreißer nach oben mit elf Jahren gibt, wird bei »ärztlicher Leitung« der Median statt des Mittelwertes (4,2 Jahre) angegeben.

Fällen, warum im Fragebogen bei einigen Items nicht für den gesamten erfragten Zeitraum 2011-2014 Angaben getätigt werden können.

Abbildung 46: Berufliche Position der Person, die den Fragebogen beantwortete (n=61)[17]



6.2.9 Anmerkungen

Am Ende des Fragebogens haben die Krankenhäuser die Möglichkeit, etwas anzumerken. 22 der 62 antwortenden Häuser (35,5 %) nutzen diese Option. Folgende Aspekte finden sich in den Anmerkungen wieder:

1. Rechtliche Unsicherheiten:
   So heißt es z.B.: »Schulungswunsch hinsichtlich rechtlichem/juristischem Vorgehen bei Migrantinnen/Migranten« oder in einem anderen Fragebogen: »fehlende Schulungen für die Verwaltungsmitarbeiter der Krankenhäuser.«
2. Hohe Arbeitsbelastung:
   In einem Kommentar wird dargelegt: »hohe Auslastung/Überlastung der ZNA [Zentralen Notaufnahme; Anm. der Autorin]/Radiologie/OP-Säle, aber auch durch »legale« Flüchtlinge/Einwanderer mit erheblichem Investitionsbedarf für menschenwürdige Bedingungen.«

17 | Zwei Fragebögen wurden von jeweils zwei Personen aus verschiedenen beruflichen Positionen beantwortet, diese wurden in der Kategorie »mehrere« erfasst. Bei den Angaben zur Dauer des Arbeitsverhältnisses wurde jeweils der kürzere Zeitraum zugrunde gelegt.

3. Großer zeitlicher Aufwand für die Antragsstellung an das Sozialamt:
   Z.B. heißt es: »Die Sachbearbeitung kann sich je nach Sachverhalt über Monate und Jahre hinziehen.« Aus einem anderen Krankenhaus wird ebenfalls angeführt: »Es ist [ein] enorm hoher Verwaltungsaufwand.«
4. Ambulante Erstversorgung in der Notaufnahme:
   Dieser Punkt wird ebenfalls in mehreren Anmerkungen erwähnt. So heißt es beispielsweise: »Mir ist unabhängig davon vorstellbar, dass kleinere ambulante Versorgungen in der Notaufnahme der Praktikabilität wegen unter der Hand vorgenommen werden« oder an anderer Stelle: »Die medizinische Notfallbehandlung wird immer durchgeführt«. Von ärztlicher Seite wird auch angemerkt: »Generell kann ich aus meiner Erfahrung an anderen Häusern berichten, dass kein Patient in der Notfallsituation unversorgt bleibt«.
5. Sprachbarrieren:
   In mehreren Kommentaren wird das Problem der Sprachbarrieren angesprochen. Beispielsweise wird wie folgt angemerkt: »Zunehmend haben wir auch vermehrt mit Patientinnen zu tun, die angeben, von Italien direkt weitergereist zu sein. Schwierig gestaltet sich bei den Patientinnen die Kommunikation.«

Zudem wird noch ein anderes Problemfeld bei Schwangeren erläutert, die zur Entbindung stationär aufgenommen werden: »Oftmals gibt es noch weitere (Klein-)Kinder, die in Pflegefamilien untergebracht werden müssen. Dies ist sehr zeitaufwendig. Gut klappt die Zusammenarbeit mit der Ausländerbehörde.«

In den Anmerkungen werden außerdem vereinzelt allgemein politische Missstände bemängelt, angemerkt, dass der Aufenthaltsstatus der PatientInnen nicht dokumentiert werde und daher keine Angaben möglich seien und dass der Beantwortende aus der Verwaltung keinen Kontakt zu Patientinnen und Patienten habe. In einem Kommentar finden sich noch zwei weitere wichtige Aspekte:

> »[Es besteht eine] grundsätzliche Diskrepanz zwischen dem staatlichen Auftrag, jeden Menschen bei Bedarf zu behandeln, und der entsprechenden staatlich garantierten Finanzierung im Bedarfsfall (kein Kostenträger). Es gibt zu bedenken [sic!], dass sich die Leistungen keinesfalls nur auf medizinische Leistungen beschränken, sondern pflegerisch, sozialrechtlich etc. im erheblichen Maße notwendig und nicht vergütet sind.«

In einer Anmerkung gibt es einen Vorschlag zur finanziellen Absicherung der Krankenhäuser bei fehlendem Kostenträger: »Es müsste einen bundesweiten Sozialfonds geben, aus dem diese Kosten erstattet werden. Die Krankenhäuser können bei der augenblicklichen Unterfinanzierung diese Zusatzbelastung nicht tragen.«

6.2.10 Fallbeispiele

In zwölf Fragebögen werden Beispiele stationärer Aufenthalte von Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung geschildert. Neun Krankenhäuser berichten umfassend vom Beginn des stationären Aufenthalts bis zur Entlassung und den Problemstellungen im Zusammenhang mit dem fehlenden Kostenträger. Folgende Aspekte werden dabei genannt:

1. Bei längerem stationärem Aufenthalt wird das Sozialamt oder ein Kostenträger im Herkunftsland kontaktiert, um eine Kostenübernahme zu ermöglichen.
2. Die Rechtslage und die Frage der Zuständigkeit sind undurchsichtig.
3. Es bestehen Sprachbarrieren, die einer Klärung zusätzlich im Wege stehen.
4. Auch kann die Schwere der Erkrankung einer Exploration von Status und Herkunftsland im Weg stehen.
5. Es stellt sich erst nach längerer Zeit (Monaten) heraus, ob es eine Kostenübernahme geben wird.
6. Zudem besteht ein Problem im Zugang zu einer poststationären Behandlung.

Beispielhaft für die Schwierigkeiten der Antragsstellung durch die Krankenhausverwaltung ist folgende Schilderung:

»Aufnahme eines Neugeborenen (Frühgeburt) aus der Geburtsklinik: Man versucht trotz der sprachlichen Schwierigkeiten, alle Daten der Eltern und des Patienten aufzunehmen und alle nötigen Unterlagen auszufüllen (Nothelfer, Pflichtversicherung). Es werden alle vorhandenen Unterlagen kopiert. Die Unterlagen gehen weiter an die Patientenverwaltung [PV]. Die PV schickt die Anträge an das Sozialamt und parallel an eine GKV [Gesetzliche Krankenversicherung, Anm. d. Autorin] mit allen notwendigen und vorhandenen Unterlagen. Das Sozialamt antwortet dann mit einem Standardschreiben, dass vorab die Pflichtversicherung geprüft werden muss. Die GKV schreibt in der Zwischenzeit die Eltern an bzgl. fehlender Unterlagen. Meistens fehlen Meldungen vom Jobcenter, so dass ohne diese keine Pflichtversicherung aufgebaut werden kann. Bei Ablehnung durch die GKV, erneuter Antrag an das Sozialamt. Bis jetzt wird aber auch dieser abgelehnt. In einigen Fällen unterstützt die Streetworkerin der Stadt […] uns und die Eltern bei den Behördengängen. Da wir als Krankenhaus keine Auskünfte bei den Behörden bekommen (z.B. Jobcenter).«

Das Problem des Zugangs zu einer adäquaten Behandlung wird bei diesem Fall angesprochen:

»Junge Frau mit Fraktur der Hand (ob durch Sturz oder Misshandlung nicht zu klären). Versorgung der Verletzung, dabei Feststellung weiterer Verletzungen, vermutlich durch Folter. Zusätzlich starker Verdacht auf PTBS [Posttraumatische Belastungsstörung, Anm. d. Autorin]. Verweis an [...] [ein spezielles Zentrum; aus Gründen der Anonymität entfernt, Anm. d. Autorin]. Dort aber wegen »Warteliste« kaum Chance auf Behandlung. ›Soziale Katastrophe‹!«

Im folgenden Fall zeigt sich die Problematik der Rechtslage – hier aufgrund der Dublin-III-Verordnung – und damit der dauerhaft fehlenden Kostenträgerschaft (s. Kapitel 2.5):

»25 Jahre alter Patient wird aus der Diabetespraxis als Notfall angemeldet: Ghanaischer Patient zu Besuch beim Bruder in Hamburg. Der Diabetes sei seit 3 Wochen entgleist. Patient hat [eine] Duldung in Italien, eine europäische Versicherungskarte, die im EU-Ausland ungültig ist. Im Aufnahmegespräch beteuern Patient und Bruder, sie würden zahlen. [Die] Rechnung kommt unzustellbar zurück (sowohl Italien als auch der ›hamburger Bruder‹, kein Eintrag im Melderegister), Handy-Nr. gültig, Gespräche möglich. Patient ist nie nach Italien aus seinem Urlaub zurückgegangen. Lebt heute noch ohne Versicherungsschutz, ohne Meldeanschrift mit seinem Diabetes in der Illegalität.«

Die Möglichkeit, ein »Abschiebehindernis« bei schweren Erkrankungen geltend zu machen, wird im folgenden Fall geschildert. Möglicherweise handelt es sich hierbei um die Konsequenzen einer verspäteten Inanspruchnahme der medizinischen Behandlung durch die Rechtslage bei fehlendem Aufenthaltstitel:

»Herr A, algerischer Staatsangehöriger ohne Aufenthaltsstatus, zuletzt irregulär aufhältig in einem benachbarten Landkreis wird uns von [...] [einer Hilfsorganisation; aus Gründen der Anonymität entfernt, Anm. d. Autorin] zugewiesen. Diagnose: Prostata-Carcinom. [Am] Aufnahmetag: Formloser Antrag § 25 SGB XII an Sozialamt. Patient spricht nur französisch > weitere Beratung und Begleitung durch französischsprachige Mitarbeiterin des Sozialdienstes. [Am] 2. Tag: Aufnahme des Fragebogens zum Nothelferantrag und Übersendung per Fax an Sozialamt. Erörterung [der] ausländerrechtlichen Lage mit dem Patienten. Er möchte einen Antrag auf Abschiebungshindernisse bei der Ausländerbehörde stellen. [...] [Am] 5. Tag: [Die] Diagnose ist abgeschlossen > Carcinom im Endstadium, Lebenserwartung: ca. 6 Monate, Patient braucht Bestrahlung, Chemotherapie und Korsett (Knochenmetastasen in der Wirbelsäule). Ärzte stellen Unabweisbarkeitsbescheinigung für die weitere Behandlung aus. Entlassung in 8 Tagen, da Behandlung ambulant durchgeführt werden kann. Wegen der schlechten Prognose ist Aufnahme in Pflegeheim nötig. Pat. beantragt schriftlich die Kostenübernahme für weitere Behandlung und Übernahme der Pflegeheimkosten beim Sozialamt. Wegen der bevorstehenden Entlassung Frist in 4 Tagen gesetzt. [Am] 8. Tag: Anruf beim Sozial-

amt [a]. Sie wollen keinen Bescheid erlassen, da sie sowieso nicht zuständig sind, da der Patient zuletzt im angrenzenden Landkreis aufhältig war. Antrag soll an das dortige Sozialamt [b] gefaxt werden. [Am] 9. Tag: Anruf beim Sozialamt [b]. [Der] Antrag ist dort eingegangen – sie sind nicht zuständig, weil die Zuständigkeit sich in diesem Fall nicht nach dem gewöhnlichen Aufenthalt, sondern nach dem tatsächlichen Aufenthalt richtet und damit sei [Sozialamt a] zuständig. Die Bitte, sich untereinander zu verständigen lehnen beide Sozialämter fernmündlich ab. […] [Am] 54. Tag: Eingang Kostenzusage für die Krankenhausbehandlung von Sozialamt [b] erhalten. 5 ½ Monate nach Erstkontakt: Der Patient war zwischenzeitlich mehrfach bei uns in stationärer Behandlung (Kostenträger: Sozialamt [b]) und ist nun seinem Krebsleiden erlegen.«

Im folgenden Fallbeispiel wird der ambulante Kontakt in einem Krankenhaus geschildert:

»Rumänischer Patient ohne Krankenversicherung mit starkem Oberbauchschmerz. Schwester hat mich nach Erstkontakt informiert, sprachlich schwierige Anamnese. Beschwerden am Ehesten Gastritis [Magenschleimhautentzündung, Anm. d. Autorin], EKG: unauffällig. Medikam.: Pantozol i.v. [intravenös] hier 1x u. Pantozol [ein Medikament zur Blockierung der Magensäureproduktion, Anm. d. Autorin] mitgegeben. Wiedervorstellung bei Beschwerdepersistenz besprochen.«

Die Auswüchse einer ungeklärten Kostenübernahme werden im folgenden Beispiel geschildert:

»Rumäne, LKW Fahrer, bewusstlos aufgefunden im LKW, mit Hirnblutung eingewiesen, Kostenerstattung durch Europäische Versicherungskarte, keine Wiedererlangung des Bewusstseins. Rückführung des Patienten ins Heimatland nur mit med. Begleitung, liegend möglich. Problem: Keine Kostenübernahme des Rücktransports durch die Europäische Krankenversicherung, Kostenübernahme durch die mittellose Familie in Rumänien nicht möglich. Großes Problem: Kostenerstattung für Rücktransport bewusstloser Patienten ins Heimatland! Niemand fühlt sich zuständig. Dieser Patient verstarb, ansonsten würde er wohl noch heute stationär sein!«

6.3 Diskussion

Das Ziel der vorliegenden Studie mit einer explorativen Befragung der Krankenhäuser in Niedersachsen, Berlin und Hamburg ist eine Bestandsaufnahme zur Krankenhausversorgung nicht krankenversicherter Migrantinnen und Migranten sowie die Identifizierung möglicher Hindernisse im Zugang zur ambulanten Notfall- bzw. stationären Behandlung. Von 199 befragten Krankenhäusern beantworten 62 den Fragebogen (31,2 %). Die große Mehrheit von 51

der 62 Krankenhäuser (82,3 %), geht davon aus, dass im erfragten Zeitraum zwischen 2011 und 2014 Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung notfallmäßig in ihr Haus gekommen sind, die dann entweder ambulant oder stationär versorgt wurden. Für die *stationäre* Behandlung findet sich die gleiche Häufung (82,3 %). Weitere drei Krankenhäuser vermuten es zudem. Über die bisher bekannten Einzelfallberichte hinaus ist also der Kontakt mit außerregulären Versicherungsverhältnissen für Krankenhäuser die Regel; sie werden fast alle damit konfrontiert. Im Behandlungsanlass stationärer Versorgung findet sich die Bandbreite medizinischer Diagnosen mit einer Häufung bei Entbindungen, Intoxikationen und Verletzungen. Allerdings beruhen die Angaben nur in wenigen Fällen auf dokumentierten Daten der Behandelten und ICD-10 Kodierungen. Entbindungen haben einen offensichtlichen, nicht aufschiebbaren Charakter im Gegensatz zu subjektiven Symptomen verschiedener Erkrankungen. Deren Behandlung könnte daher aufgrund der Hürden bei fehlender Krankenversicherung und ggf. unsicherem Aufenthaltsstatus eher hinausgezögert werden. Auch in den Daten der Hilfsorganisationen, die eine ambulante Gesundheitsversorgung nicht krankenversicherter Menschen ermöglichen, zeigt sich ein relativ großer Anteil von Schwangeren.[18] Die Einschätzung zu bereits durchgeführten Behandlungen von Migrantinnen und Migranten ohne Papiere unter den nicht krankenversicherten fällt den Krankenhäusern aufgrund der fehlenden Dokumentation schwerer. Dennoch bejahen über die Hälfte der antwortenden Häuser deren stationäre Versorgung (59,7 %), lediglich 12,9 % (n=8) verneinen es, und den Übrigen ist eine Einschätzung dazu nicht möglich. Die Unterscheidung nach erlaubtem und unerlaubtem Aufenthalt ist aus zwei Gründen wichtig: Sie impliziert unterschiedliche Optionen der Kostenträgerschaft. Sollte sich bei Papierlosen zeigen, dass die medizinische Versorgung im Notfall regelmäßig nicht durch die Sozialämter erstattet wird, könnte dieser Umstand die Versorgung der Betroffenen im Krankenhaus beeinflussen. Hinzu kommt, dass die Hinzuziehung der Polizei bei fehlenden Ausweispapieren für Menschen ohne Papiere wesentlich schwerwiegendere Konsequenzen mit sich bringt als für Migrantinnen und Migranten, die zwar im Moment über keine Krankenversicherung verfügen, sich aber erlaubt in Deutschland aufhalten. Ob dem Personal in den Krankenhäusern die Rechtslage hinreichend bekannt ist oder bekannt sein will, kann angesichts der Angaben zur Hinzuziehung der Polizei und den Anmerkungen im Fragebogen in Frage gestellt werden. Es geben zwar nur wenige Krankenhäuser explizit an, meistens oder immer die Polizei zu informieren (n=5), allerdings weisen weitere Häuser in ihren Anmerkungen auf dieses Vorgehen und auf Unsicherheiten bezüglich der Gesetzeslage hin. Zudem informieren immerhin 23 Krankenhäuser »selten« die Polizei, wenn sich Patientinnen und

18 | Vgl. Lotty et al. (2015), S. 7 und Malteser Hilfsdienst e.V. (2015).

Patienten in der Aufnahmesituation nicht ausweisen. In welchen Fällen diese Maßnahme dann »selten« ergriffen wird, bleibt unklar. Auch ob dies überwiegend im Fall der Eigen- oder Fremdgefährdung passiert und vor allem Menschen ohne Papiere trifft, ergibt sich nicht aus den Antworten und lässt sich aufgrund der fehlenden Dokumentation nicht verlässlich erheben. Das Ergebnis weist aber auf bestehende Unsicherheiten insbesondere für Papierlose hin. Für die Krankenhäuser ist die Intention vermutlich – wie in einigen Anmerkungen angedeutet – eine Kostenübernahme durch das Sozialamt zu erzielen. Denn wie vermutet zeigt sich, dass die Kostenerstattung durch das Sozialamt im Nachhinein, auf Grundlage des Nothelferantrags, nur in Einzelfällen erfolgreich ist. Die große Mehrheit der Krankenhäuser, die einen Antrag zur Kostenübernahme gestellt haben (n=46; 76,7 %), bekommen auch nur selten oder nie die Aufwendungen erstattet (82,9 %). Nur die wenigsten Häuser geben an, vom Sozialamt »meistens« die Kosten erstattet zu bekommen (n=6; 7,1 %). Selbst diese wenigen Häuser geben immer noch Erlösausfälle für die stationäre Versorgung von allen Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung an. Dieser Befund deckt sich mit Einzelfallberichten von Hilfsorganisationen und Krankenhauspersonal aus den vergangenen Jahren. Auch die Erläuterungen seitens des Personals aus dem Sozialamt an die Krankenhäuser zu Musteranträgen bei Bedürftigkeit wiesen bereits in diese Richtung. Wie z.B. in Hannover bereits Ende 2011 in einem Schreiben vom Sozialamt dargelegt worden ist: »Es ist nicht ›gesetzeslogisch‹, dass das Erbringen einer Hilfeleistung (zur Vermeidung einer strafbaren Handlung [hier: die unterlassene Hilfeleistung nach §323c StGB, Anm. d. Autorin]) zwangsläufig die Erstattung der aufgewendeten Kosten durch einen Sozialleistungsträger nach sich zieht.« (s. Kapitel 2.4.2). Die Krankenhäuser werden durch die Aufgabenzuweisung als »Notfallbehandler« mit der widersprüchlichen Gesetzeslage zur möglichen Kostenerstattung Ausfallsbürgen und tragen das »Unternehmerrisiko« der Krankenhausbehandlung. Wenn die Krankenhäuser die Begründungen der Ablehnung anführen, dann heißt es, dass die Sozialämter bei einer sehr umfassenden Datenerfragung auf eine fehlende »Mitwirkung des Patienten« verwiesen. Ob die zu erhebenden Angaben für Papierlose überhaupt tatsächlich erbringbar sind, ob sich die Betroffenen bezüglich eines sensiblen Umgangs mit den Daten zu unsicher sind oder strukturelle Absichten der kommunalen Behörden einer Kostenübernahme entgegen stehen, bleibt offen. Das Ergebnis der Befragung verdeutlicht, dass es sich nicht um Einzelfälle handelt, wenn das Krankenhaus zum Ausfallsbürgen wird, sondern dass die große Mehrheit der Häuser diese Erfahrung macht. Der Bundesgesetzesgeber hat zwar explizit mit der Novellierung des Asylbewerberleistungsgesetzes eine nachträgliche Kostenerstattung im »Eilfall« analog des Nothelferantrags nach dem Sozialgesetzbuch grundsätzlich ermöglicht, doch bisher scheint das für die stationäre Versorgung nur eine hypothetische Option zu sein. Die Spanne

der Erlösausfälle, die die Krankenhäuser für 2011 bis 2014 pro Jahr angeben, ist mit 4.000 € bis 360.000 € sehr groß. Dabei ist noch wichtig zu beachten, dass die Zahlen sich lediglich auf finanzielle Ausfälle stationärer Behandlungen beziehen, die ambulante Krankenhausversorgung ist dabei noch nicht berücksichtigt. In welchem Umfang die finanziellen Defizite der Krankenhäuser für die Primärversorgung nicht krankenversicherter Migrantinnen und Migranten, bei denen erfahrungsgemäß wenig Aussicht auf eine spätere Kostenübernahme besteht, eine Rolle spielen bzw. das Verhalten in der Aufnahmesituation eines Hauses beeinflussen, lässt sich nicht abschließend beurteilen. Viele Krankenhäuser geben im Fragebogen immerhin explizit an, dass unabhängig vom Versicherungsstatus in der Aufnahmesituation eine Notfallversorgung erfolgen würde (n=21), ohne dass ausdrücklich im Fragebogen danach gefragt wurde. Als Problem in der Praxis könnte sich die mangelnde Abgrenzbarkeit des »medizinischen Notfalls« erweisen. Er ist sowohl haftungsrechtlich für das ärztliche Personal nicht klar bestimmbar als auch – und umso unschärfer – für den medizinischen Laien. Die größte Sicherheit scheint vor allem dann zu bestehen, wenn die Betroffenen so schwer erkrankt sind, dass sie liegend und nicht ansprechbar in die stationäre Versorgung gelangen. Darauf weisen einige Antworten zum Vorgehen in der Notaufnahme hin: Wenn es »notwendig« sei, wenn Patientinnen bzw. Patienten »krisenhaft behandlungsbedürftig« seien, werde immer erst eine Notfallbehandlung durchgeführt. Die interne Verfahrensanweisung eines Krankenhauses verdeutlicht ebenfalls die Niederschwelligkeit der medizinischen Versorgung im Falle bewusstloser Patientinnen und Patienten. In einigen Fragebögen wird angegeben, dass bei nicht krankenversicherten Personen eine Anweisung erfolge, nur das »unabwendbar Notwendige« an medizinischer Versorgung durchzuführen. Für ärztliches Personal dürfte die Abgrenzbarkeit in vielen Fällen mindestens schwierig sein und für die Betroffenen das Zuwarten bei aufgetretenen Symptomen befördern. Erschwert werden könnte die Inanspruchnahme medizinischer Behandlung zudem durch die Baranzahlung, die in einigen Krankenhäusern zuvor eingefordert wird. Wie mit fehlenden finanziellen Eigenmitteln tatsächlich umgegangen wird, dürfte für die Betroffenen im Einzelfall entscheidend sein. Dazu ist auf Grundlage der vorliegenden Erhebung allerdings keine Aussage möglich. Für einige Krankenhäuser scheint eine Anzahlung zumindest keine Voraussetzung der Krankenhausbehandlung zu sein. Sie verweisen darauf, dass sie »normal behandeln« – auch ohne Krankenversicherungsnachweis.

Den Fragebogen beantworten zumeist (79,7 %) Personen aus der Buchhaltung, dem Patientenmanagement oder der Geschäftsführung, also Personal, das eher selten bei der notärztlichen Aufnahme zugegen ist. Möglicherweise erfolgt die Beantwortung entsprechend dem sozial Erwünschten bzw. dem, was der Gesetzgeber bezüglich zu erfolgender Hilfe vorgegeben hat.

Einige Krankenhäuser weisen in den Anmerkungen darauf hin, dass das Thema der nicht krankenversicherten Patientinnen und Patienten eine zunehmende Rolle spiele und dass weiterer Aufklärungsbedarf zur Gesetzeslage bestehe. Vor diesem Hintergrund ist die wiederholte Darstellung des Gesetzgebers zur Lage der »illegal sich Aufhältigen«, dass die Notfallversorgung sichergestellt sei, mehr als fraglich. Zumindest stellt sich die Frage, was für wen »sichergestellt« sein soll. Die Krankenhäuser haben in ihrer Mehrheit wachsende Erlösausfälle geltend gemacht, die bis zu mehreren hunderttausend Euro im Jahr reichen, noch ungeachtet der ambulanten Krankenhausversorgung. Die bisherige Praxis der Sozialämter mit einer sehr umfangreichen Bedürftigkeitsprüfung führt tatsächlich kaum zu Kostenübernahmen, wie es zumindest theoretisch vom Gesetzgeber vorgesehen ist. Für Migrantinnen und Migranten ohne Papiere bleibt aufgrund des uneinheitlichen Vorgehens der Krankenhäuser und der undurchsichtigen Gesetzeslage der niederschwellige Zugang zu einer medizinischen Versorgung erschwert. Menschen, die aus unterschiedlichen Gründen über keinen Krankenversicherungsschutz verfügen, haben wahrscheinlich ebenfalls mit hohen Hürden vor einer medizinischen Behandlung zu rechnen. Zudem können Sprachschwierigkeiten Missverständnissen Vorschub leisten. Für die Krankenhäuser können sich durch den großen bürokratischen Aufwand und die langwierige Klärung des Kostenträgers finanziell und medizinisch fragwürdige Konstellation ergeben.

6.4 Limitationen

Die Aussagekraft der Ergebnisse wird gemindert durch die geringe Rücklaufrate von 31,2 %. Insbesondere die Häuser mit privater Trägerschaft beteiligten sich nicht an der Erhebung, was sich bereits zuvor in Gesprächen mit Krankenhauspersonal angedeutet hatte. Bei den gewinnorientierten Unternehmen gäbe es eine große Zurückhaltung bis Abwehr bezüglich finanzieller Angaben. Auch sei die medizinische Behandlung von Menschen, bei denen eine Kostenerstattung schwierig sein könnte, möglicherweise nicht auf der Agenda der Geschäftsführungen. Inwiefern die mangelnde Beteiligung privater Träger Auswirkungen auf das Ergebnis hat, lässt sich nur spekulieren. Es ist denkbar, dass der »medizinische Notfall« in den Krankenhäusern unterschiedlich breit ausgelegt wird, denn private Unternehmen sind im Gegensatz zu z.B. konfessionellen Einrichtungen gewinnorientiert ohne humanitäre Zweckausrichtung. Dies lässt sich aber nicht aus den gewonnenen Daten herleiten oder widerlegen. Der Rücklauf war in Niedersachsen höher, was durch die Unterstützung des dortigen Interessensverbandes der Krankenhäuser, der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft, bedingt sein kann. In Niedersachsen ist nach Angaben einer Krankenhausleitung die fehlende Kostenerstattung

von stationären Behandlungen gerade bei einem Arbeitstreffen der Krankenhausgeschäftsführungen im März 2015 diskutiert worden. Zudem ist mit der Kampagne »2/Drittel« eine Unterfinanzierung der Krankenhäuser ein zentrales Thema des Interessensverbands NKG, weshalb für die Beantwortung des Fragebogens eine größere Bereitschaft vorhanden gewesen sein könnte. Vielleicht hat auch der höhere Bekanntheitsgrad der Medizinischen Hochschule Hannover, dessen Kürzel in der E-Mail-Adresse als Absender erschien, zu einer stärkeren Akzeptanz geführt. Dass der Rücklauf auf niedrigem Niveau blieb, kann vermutlich zudem durch den geringen Anreiz des Themas bedingt sein. Es könnte als eher defizitorientiert wahrgenommen und eine Diskussion daher vermieden werden. Möglicherweise war eine Magisterarbeit, in deren Rahmen die Studie durchgeführt wurde, ebenfalls ein Faktor, weshalb der Gegenwert des zeitlichen Aufwandes als zu gering erachtet wurde (keine gesundheitspolitisch relevante Ebene, geringer Wirkungsgrad). Ob vorwiegend Krankenhäuser den Fragebogen beantworteten, die die stationäre Versorgung nicht krankenversicherter Patientinnen und Patienten als problematisch identifizierten, lässt sich nicht beantworten. Allerdings weist die relativ höhere Beantwortungsrate aus großen Krankenhäusern und Städten darauf hin. Es hatten fast alle antwortenden Häuser bereits stationäre Behandlungen bei Patientinnen und Patienten ohne Kostenträger durchgeführt (82,3 %), doch lediglich 64,5 % geben den Umfang der Erlösausfälle an. Die interdisziplinäre Fragestellung, die sowohl ärztliches Handeln, Entscheidungen auf der Ebene der Geschäftsführung, das Vorgehen und den Kenntnisstand des Sozialdienstes als auch das Verhalten weiteren Krankenhauspersonals berührt, kann die Bereitschaft zur Teilnahme an der Befragung minimiert haben. Für zukünftige Befragungen ist möglicherweise ein berufsgruppenspezifischerer Fragebogen empfehlenswert. Eine Verzerrung des Antwortverhaltens durch die Beantwortung im Sinne einer »sozialen Erwünschtheit« insbesondere in Hinblick auf die Erstsituation in der Notaufnahme sowie auf die Hinzuziehung der Polizei zur Identitätsfeststellung kann nicht ausgeschlossen werden bzw. wenn nicht als eher wahrscheinlich gelten.

7. Diskussion und Fazit

7.1 Zusammenfassende Darstellung und Diskussion

Die vorliegenden Ergebnisse belegen die defizitäre medizinische Versorgungssituation undokumentierter Migrantinnen und Migranten in Deutschland: Selbst bei den sexuell übertragbaren Erkrankungen und Tuberkulose, für die im IfSG ein niederschwelliger Zugang zu Beratung, Testung und im Einzelfall einer ambulanten Behandlung vorgesehen ist, wird bundesweit in nur wenigen Gesundheitsämtern eine medizinische Versorgung ermöglicht. In der medizinischen Akutsituation bestehen Hürden in der Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung. Denn ungeachtet der ärztlichen Schweigepflicht besteht das Risiko fort, im Krankenhaus der Polizei gemeldet zu werden. Die mangelnde Kostenübernahme bei Mittellosigkeit erschwert den Zugang zu einer Krankenhausbehandlung. Die Analyse des aktuellen Forschungsstandes, die Auswertung der Daten von Hilfsorganisationen und die erstmaligen quantitativen Erhebungen der Versorgungssituation an den Gesundheitsämtern und Krankenhäusern lassen folgende Schlussfolgerung zur faktischen Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere zu:

1. Es gibt tatsächlich einen großen Bedarf an einer niederschwelligen Gesundheitsversorgung. Bundesweit ist ein starker Anstieg der Nachfrage bei Hilfsorganisationen zu verzeichnen, die ein Behandlungsangebot implementiert haben. Infektionserkrankungen spielen als Beratungsanlass eine untergeordnete Rolle. Eine medizinische Versorgung bei komplexen chronischen Erkrankungen wie z.B. HIV/AIDS, stationärer Behandlung sowie psychischen Krankheiten können die überwiegend durch Spenden finanzierten Einrichtungen nicht gewährleisten. Wenn umfassendere Gesundheitsleistungen durchgeführt oder finanziert werden, sind es »Kann«-Leistungen. Es besteht jedoch ein Unterschied zwischen der Gewährung von »Gesundheitshilfe« als humanitärem Akt und einem Rechtsanspruch auf Gesundheitsversorgung, der vorbehaltlos sowie unabhängig vom Willen der Dienstleistenden gilt.

2. Die laut IfSG exklusive Regelung für sexuell übertragbare Erkrankungen und Tuberkulose führt nur in einer Minderheit der Gesundheitsämter zur Schaffung eines niederschwelligen Angebots, das auch von Menschen ohne Papiere vorbehaltlos genutzt werden kann. Eine Behandlung nach §19 IfSG wird allenfalls bei Tuberkulose oder STD unter Ausschluss von HIV/AIDS durchgeführt. Die immensen Herausforderungen einer HIV-Dauerbehandlung und einer (komplizierten) Tuberkulose lässt eine amtsärztliche Behandlung mehr als unwahrscheinlich erscheinen.
3. Im medizinischen Notfall besteht für Migrantinnen und Migranten ohne Papiere die Unsicherheit fort, trotz ärztlicher Schweigepflicht der Polizei gemeldet zu werden und in der Folge mit der Abschiebung rechnen zu müssen. Dies begünstigt sogar bei einer akuten und schwerwiegenden Erkrankung einen weiteren Aufschub der Behandlung mit der Gefahr gravierender Folgen für den Gesundheitszustand der Betroffenen. Denn der Zugang zur notfälligen Krankenhausbehandlung ist mit einem *unübersehbar* ernsten Krankheitszustand hürdenfreier. Die Notwendigkeit eines direkten ärztlichen Kontaktes ist dann unmittelbar offensichtlich, versicherungsrechtliche Fragen müssen zudem zweitrangig behandelt werden. Aus Sicht der Erkrankten ist die unmittelbare Gefahr der Abschiebung minimiert und für das Krankenhaus eine Kostenübernahme durch das Sozialamt wahrscheinlicher.
4. Die berufsethischen Leitlinien gebieten eine medizinische Versorgung ohne Ansehen des Aufenthaltsstatus, wie auch die internationalen Verträge einen diskriminierungsfreien Zugang zu einer Gesundheitsversorgung vorsehen. Ärztliche Behandlungen nicht nach Indikation, sondern nach Versicherungsstatus durchzuführen, ist aus berufsethischer Sicht schwer vorstellbar. Gegenwärtig wird die Gewährleistungspflicht des Staates den Angehörigen der Heilberufe übertragen, die im Spannungsfeld zwischen berufsethischer Pflicht und ausreichenden finanziellen Ressourcen handeln müssen.
5. Daher erleidet eine möglicherweise statistisch gesündere Migrationsbevölkerung tatsächlich negative gesundheitliche Konsequenzen. Vermutlich sind die Menschen kränker, wenn sie ihren Aufenthaltsstatus beispielsweise durch Rückkehr oder eine Aufenthaltslegalisierung verändern, im Vergleich zur von Anfang an legal in Deutschland lebenden Migrationspopulation.
6. Offensichtlich wird auch, welche Bedeutung innerhalb der Handlungsspielräume der einzelnen Akteure den individuellen Handlungsentscheidungen im Einzelfall zukommt: Das »Genfer Gelöbnis« zeigt den Weg, die politisch-gesellschaftlichen Bedingungen bestimmen die Bedeutung der Handlungsmacht der Akteure. Und ist es vom »*goodwill*« der Angehörigen der Profession abhängig, so bekommt die Entscheidungsmacht des ärzt-

lichen Personals in der Praxis, im Krankenhaus und im Gesundheitsamt eine besonders große Bedeutung.

Migration ist fester Bestandteil menschlicher Gesellschaften. Die Geschichte der Migrationspolitiken zeigt Auswirkungen staatlichen Handelns auf Umfang und Qualität unerlaubter Migration. Sie verdeutlicht auch, dass »illegale Migration« ein wandelbares Konstrukt ist und die Grenze zwischen erlaubt und unerlaubt fließend sein kann. Die internationalen Abkommen sehen die Verwirklichung sozialer Menschenrechte bereits seit über vier Jahrzehnten als Aufgabe der Staaten vor. Die tatsächliche Versorgungslage auf Basis der rechtlichen Möglichkeiten mit ihren Volten, Einschränkungen und Hindernissen macht den Unterschied von Anspruch und Wirklichkeit deutlich. De facto steht die gegenwärtig bestehende Übermittlungspflicht öffentlicher Stellen der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung undokumentierter Migrantinnen und Migranten entgegen. Dies betrifft ebenfalls die besonders vulnerablen Gruppen wie Kinder und Schwangere. Die drohende Abschiebung erschwert jeglichen Kontakt von Menschen ohne Papiere zu den Behörden. Die komplexe Gesetzeslage macht es sowohl für medizinische Dienstleister schwer, adäquate niederschwellige Angebote zu konzipieren, als auch für die Zugewanderten, diese dann zu erkennen. Die Präsenz der Nichtregierungsorganisationen in einigen Städten kann nicht die Diskrepanz zwischen humanitären, willkürlichen Leistungszuweisungen und einer regulären Gesundheitsversorgung mit einem *Anspruch* auf einen freien Zugang verdecken. Neben Ausprägung und Zahl vorhandener Alternativstrukturen in einer Stadt sind »Informationskanäle« entscheidend, um überhaupt über Einrichtungen Kenntnisse zu erlangen. Der humanitären Hilfe sind u.a. durch Spendenfluktuation, geringen finanziellen Rahmen und begrenzte Verbindlichkeit ehrenamtlicher Tätigkeit enge Grenzen dafür gesetzt, in welchem Umfang medizinische Versorgung ermöglicht werden kann. Bei sexuell übertragbaren Erkrankungen und Tuberkulose sollten aus zunächst bevölkerungsmedizinischen Überlegungen heraus Einschränkungen in der medizinischen Versorgung mit der Einführung des Infektionsschutzgesetzes 2001 beseitigt werden. Die Erfahrungen der HIV/AIDS-Epidemie in den 1980er und 90er Jahren zeigten, dass neben Diagnostik und Beratung ein niederschwelliges Behandlungsangebot notwendig sein könnte. Offensichtlich war bekannt, dass Menschen die reguläre Gesundheitsversorgung nicht wahrnehmen können. Aus menschenrechtlichen Erwägungen und medizin-ethischer Perspektive ist es nicht begründbar, bei einer Person eine Erkrankung zu diagnostizieren, aber aus politischen Gründen keine Behandlungsoption aufzuzeigen. Es findet sich also im Zusammenhang mit der Behandlungsoption in der amtlichen Gesetzesbegründung auch der Verweis auf die sozialkompensatorische Funktion des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Zudem weist die »Fürsorge« in den Großstädten eine lange Tra-

dition auf, was sich durch die explizite Erwähnung »sozialkompensatorischer« Funktionen auch in den dortigen Landesgesundheitsdienste-Gesetzen niedergeschlagen hat. Die verfügbaren Zahlen der NGOs weisen darauf hin, dass es mit einem niederschwelligen Behandlungsangebot bei Tuberkulose und sexuell übertragbaren Erkrankungen für diese Bevölkerungsgruppe weniger um einen epidemiologischen Aspekt gehen kann. Aufgrund der Lebensumstände sowie der höheren Prävalenz in einigen Herkunftsstaaten ist möglicherweise dennoch die Zahl der Erkrankten bei Migrantinnen und Migranten ohne Papiere höher als bei der einheimischen Bevölkerung. Die wichtige Funktion aktiver Fallsuche sowie vor allem der potenziell größeren Niederschwelligkeit zeigen, wie wichtig die Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Bereich der Infektionskrankheiten sein kann. Eine Infektion mit dem HI-Virus hat gravierende Auswirkungen auf das weitere Leben der Betroffenen, und auch komplizierte Verläufe der Tuberkulose, Resistenzentwicklungen und Komorbiditäten können weitreichende Folgen für das Individuum wie auch die Gesellschaft haben. Eine Aufgabe der Gesundheitsämter besteht in der Verbreitung von Informationen zu Symptomen sowie Behandlung der Tuberkulose und STD bzw. HIV/AIDS, insbesondere bei vulnerablen Gruppen. In dieser Arbeit sind eingehend die spezifischen Herausforderungen einer HIV-Therapie geschildert worden. Das immense Fachwissen, welches für eine Therapie erforderlich ist, verdeutlicht die komplexen Anforderungen an das behandelnde medizinische Personal. Unter diesem Gesichtspunkt ist beispielsweise eine einleitende Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten nach §19 IfSG durch eine Amtsärztin oder einen Amtsarzt in einem Gesundheitsamt unrealistisch und nicht empfehlenswert. Auch das – immer zufällige – Hilfesystem in den verschiedenen Städten konnte bisher in keinem der Autorin dieser Arbeit bekannten Fall eine dauerhafte Therapie in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität gewährleisten. Nicht nur die sich summierenden Kosten für Laborleistungen, sondern auch die zeitlichen Herausforderungen für Schwerpunktambulanzen bzw. -praxen stellen auf Dauer ohne gesicherte Kostenträgerschaft eine große Herausforderung dar. Hinzu kommen die in Deutschland enormen Kosten für die antiretroviralen Medikamente. Aus medizinethischen und aus menschenrechtlichen wie auch aus »sozialkompensatorischen« Überlegungen heraus hat die Art der Erkrankung wenig Bedeutung. Dennoch haben Tuberkulose und STD bzw. HIV/AIDS im IfSG in der Aufgabenzuschreibung der Gesundheitsämter eine besondere Rolle. Die Bundesregierung sieht allerdings eben mit Verweis auf die gesetzlich herausragende Stellung im IfSG keine Handlungsnotwendigkeit. Die Ergebnisse aus der bundesweiten Befragung zeigen hingegen deutlich, dass große Defizite bezüglich eines flächendeckenden niederschwelligen Angebots bestehen – trotz der Regelungen im IfSG. Wenn es auch vereinzelt in Deutschland möglich ist, die Behandlung einer Tuberkulose ohne Übermittlung aufenthaltsrechtlicher Daten durch öffentliche Mittel zu

bestreiten, bleibt doch zum jetzigen Zeitpunkt eine bundesweite Versorgung eine Illusion. Noch eklatanter erweist sich die Situation im Bereich HIV/AIDS. Doch auch für Migrantinnen und Migranten ohne Papiere sind eine frühzeitige Diagnosestellung sowie ein rechtzeitiger Therapiebeginn elementar. Der Finanzierungsrahmen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst scheint in den meisten Fällen nicht die Möglichkeit zu eröffnen, die Kosten einer Behandlung für Erkrankte ohne Krankenversicherung dauerhaft zu übernehmen. Das Beratungsangebot bei STD, HIV/AIDS und Tuberkulose ist gesetzlich verankert. Und doch gibt nicht einmal jedes vierte Gesundheitsamt an, jemals Kontakt zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten gehabt zu haben; diese Angabe bezieht die vermuteten Kontakte mit ein. Mit angegeben sind zusätzlich vermutlich auch Migrierte, die nicht unter die gegebene Definition fallen. Zudem haben die Gesundheitsämter mit Sitz in einer großen Stadt verhältnismäßig häufiger den Fragebogen zurückgesandt. Es kann also davon ausgegangen werden, dass der Anteil kontakthabender Gesundheitsämter im Rücklauf höher ist als er bundesweit tatsächlich anzutreffen wäre. Betrachtet man die NGO-Landschaft in Deutschland, die tatsächlich Menschen ohne Papiere beraten, behandeln oder in ärztliche Behandlung vermitteln, ist offensichtlich, dass sich undokumentierte Migrantinnen und Migranten nicht nur in Großstädten und Metropolen befinden. Die karitativen Organisationen haben in vielen Städten Kontakte zu Menschen ohne Papiere, die Gesundheitsämter allerdings in weit weniger Fällen.

Die Landesgesetze zum Öffentlichen Gesundheitsdienst fallen entsprechend der föderalen Struktur vielgestaltig aus. Zudem sind sie in vielen Bundesländern unscharf formuliert und belassen den Kommunen einen großen Interpretationsspielraum. Für eine ausreichende Handlungsfähigkeit ist aber neben den gesetzlichen Rahmenbedingungen eine ausreichende Ausstattung mit personellen, infrastrukturellen und finanziellen Ressourcen Voraussetzung. Durch die vielfältigen Aufgaben, die durch die Gesundheitsämter zu erfüllen sind, wird jede zusätzliche Aufgabe von einem Teil des Personals als übergroße Belastung empfunden. Nichtsdestotrotz gehört die Zuwendung zu vulnerablen Gruppen zum Aufgabenspektrum der Gesundheitsämter. In manchen Ämtern – gerade in den Diensten, die sich bereits länger für Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung engagieren – stellen sich viele Problemlagen ein, die auch in der Befragung in Fallschilderungen zum Ausdruck kommen. Es sind insbesondere die Krankheiten, die mit einer stationären Aufnahme einhergehen und für die sich damit erneut die Kostenfrage stellt, ebenso chronische Erkrankungen wie HIV/AIDS. Medizinische Versorgung berührt viele andere Bereiche von Gesundheit und Lebensführung, so dass sich Fragen zur Unterkunft, Ernährung und Weiterem stellen. Begrenzte Ressourcen engen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in ihren Handlungsoptionen ein. So verwundert es nicht, dass es gerade die Gesundheitsämter sind,

die bereits Kontakte zu Menschen ohne Papiere angeben, die die Versorgungslage im eigenen Amt negativ beurteilen. Die Konfrontation mit den Schwierigkeiten medizinischer Versorgung für undokumentierte Migrantinnen und Migranten macht die vielen Problemlagen evident. In den Gesundheitsämtern wird eine Zunahme der zu versorgenden Menschen wahrgenommen. Zwar sind dann vermutlich Zugewanderte nicht immer unerlaubt in Deutschland, verfügen allerdings über keine Krankenversicherung. Der rechtliche Unterschied ist in der unmittelbaren Versorgung auf kommunaler Ebene zunächst einmal irrelevant. Allerdings ergibt sich hierdurch ein abweichender Handlungsbedarf.

Deutschland hat sich mit der Ratifizierung internationaler Abkommen festgelegt, alle entsprechenden Anstrengungen für einen freien Zugang zu einer medizinischen Versorgung zu unternehmen. Die Rücknahme des Vorbehalts zur UN-Kinderrechtskonvention 2010 unterstreicht noch einmal die Schutzbedürftigkeit von Kindern. Solange allerdings bundesweite gesetzliche Regelungen den Zugang zu gesundheitlicher Versorgung für bestimmte Gruppen verwehren, besteht für den Öffentlichen Gesundheitsdienst die Herausforderung nach § 20 IfSG tätig zu werden. Die Gesundheitsämter könnten zumindest die Vorsorgeuntersuchungen allen Kindern unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus anbieten. Migrantinnen und Migranten ohne Papiere müssen wissen, dass sie sich anonym und kostenlos in einem Gesundheitsamt testen lassen können. Auch sie sollten hierzu ausreichend beraten werden. Das schließt im Falle eines positiven Testergebnisses Therapieoptionen mit ein. In diesem Kontext wäre eine nähere Abstimmung mit dem Bundesministerium des Innern im Sinne einer kohärenten Politik wünschenswert und zielorientiert.

Die bestimmende Ressourcenfrage führte dazu, dass das Thema vom Deutschen Städtetag angesprochen worden und somit also auch für die Dachorganisation der kommunalen Selbstverwaltung als Handlungsbereich gegenwärtig ist. Dem Öffentlichen Gesundheitsdienst verbleibt trotz vieler Widrigkeiten ein Handlungsspielraum. Die Thematisierung der Notwendigkeit einer Versorgungsrealität – insbesondere von jenen Gesundheitsämtern, die bereits Erfahrungen mit unversicherten und undokumentierten Menschen gesammelt haben –, sollte verstärkt von den Dachverbänden kommunaler Selbstverwaltung auf Landes- und Bundesebene aufgegriffen werden. Über die Entwicklungen und Veränderungen an den Gesundheitsämtern in den letzten Jahren sowie zur finanziellen und personellen Ausstattung besteht weiterer Forschungsbedarf. Eine Problem- und Defizitanalyse kann die Grundlage für notwendige Maßnahmen bilden. Zudem sollte der Deutsche Städtetag Forschungsbemühungen unterstützen und Handlungsnotwendigkeiten benennen, um dem Öffentlichen Gesundheitsdienst die Aufgabenerfüllung zu ermöglichen. Viele weitere Ansätze, wie z.B. eine verbesserte Kommunikationsstruktur der Gesundheitsämter untereinander, sind denk-

bar. Dazu könnte auch gehören, Möglichkeiten des Ausbaus der kommunalen Angebote, wie z.B. eine Impfsprechstunde für Kinder, zu diskutieren und Informationen zum Umgang mit undokumentierter Migration auszutauschen. Der politisch-ideologisierte Diskurs und die mögliche Ablehnung irregulärer Migration sollte für die Aufgabenerfüllung des ÖGD keine Relevanz besitzen. Das Menschenrecht auf einen faktischen Zugang zur Gesundheitsversorgung verändert sich nicht aufgrund ordnungsrechtlicher Überlegungen. Der »kompensatorische« Auftrag der Gesundheitsämter für vulnerable Gruppen der Gesellschaft ist gesetzlich im IfSG festgeschrieben. Zudem ist die Prävention übertragbarer Erkrankungen eine elementare Aufgabe der Gesundheitsämter. Mit der noch relativ neuen Behandlungsoption im IfSG soll genau dem Rechnung getragen, dass Teile der Wohnbevölkerung die reguläre Gesundheitsversorgung nicht wahrnehmen können. Bundesländer und Kommunen müssen sich den Herausforderungen erlaubter und unerlaubter Migration mit ihren Konsequenzen stellen und die Gesundheitsämter in der Wahrnehmung ihrer Aufgaben unterstützen.

In der notfälligen Krankenhausversorgung – ambulant und stationär – zeigt sich im Umgang mit Patientinnen und Patienten ohne Papiere ebenfalls ein heterogenes Bild. Verallgemeinernde Aussagen zur Vorgehensweise der Häuser sowie zum Umfang der stationären Versorgung undokumentierter Migrantinnen und Migranten lassen sich kaum treffen. Das impliziert allerdings auch mehrere Problemlagen. Insbesondere für Menschen ohne Papiere besteht trotz ärztlicher Schweigepflicht die Unsicherheit fort, der Polizei gemeldet zu werden, wenn sie ein Krankenhaus aufsuchen. Das bedeutet also, dass die Entscheidung zur notfälligen medizinischen Behandlungen die Unsicherheit einer folgenden Abschiebung beinhaltet. Aus ordnungsrechtlicher Argumentation ist dieses Vorgehen adäquat, da im Sinne einer einheitlichen Rechtsordnung die Straftat des irregulären Aufenthalts nicht durch einen Zugang zur Gesundheitsversorgung »belohnt« wird. Eine mögliche Besserstellung gegenüber regulär Zugewanderten wäre nach dieser Auffassung widersprüchlich. Diese Widersprüchlichkeit wird allerdings an anderer Stelle ausgehalten: In der Hierarchie der Rechte zeichnen sich die Menschenrechte durch ihre Voraussetzungslosigkeit und Unveräußerlichkeit aus, das Menschenrecht auf Zugang zur Gesundheitsversorgung steht jedem Mensch allein aufgrund seines Menschseins ohne Handel gegen Preisgabe anderer Rechtsgüter zu. Aus Public Health-Perspektive mit dem Ziel der Verbesserung der Gesundheit von (Sub-)Populationen liegen die notwendigen Maßnahmen zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit im Abbau struktureller Hindernisse für eine Inanspruchnahme von Versorgungsstrukturen. Es betrifft noch weitere Gruppen der Wohnbevölkerung, die ebenfalls über keine Krankenversicherung verfügen oder bei denen die Kostenträgerschaft unklar ist. Wenn auch Zugewanderte aus anderen Ländern der EU, Migrantinnen und Migran-

ten mit einer aufenthaltsrechtlichen »Duldung«, Flüchtlinge mit einer »Verpflichtungserklärung« und Asylsuchende nicht unmittelbar den Kontakt zu Behörden fürchten müssen, so führt doch ihre systemische Schlechterstellung gegenüber hilfebedürftigen Personen, die gesundheitliche Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch beziehen – die »zweckmäßig« und »notwendig« sein müssen – zu einer systematischen Ungleichheit. Dies betrifft Männer, Frauen und Kinder gleichermaßen. Die vorliegende Studie zeigt Unsicherheiten des Krankenhauspersonals im Umgang mit nicht versicherten Migrantinnen und Migranten auf. Es werden die Schwierigkeiten deutlich, eine Kostenübernahme durch das Sozialamt zu erreichen. Die Breite der Erlösausfälle weist auf finanzielle Problemlagen der Häuser im Zusammenhang mit der stationären Versorgung nicht Krankenversicherter hin, die möglicherweise zum Nachteil der betroffen Menschen in der Krankenhausversorgung führen. Nach gegenwärtiger Gesetzeslage tragen die Krankenhäuser die finanzielle Ausfallspflicht als Nothelfer bei Behandlungspflicht im medizinischen Notfall. Die rechtlichen Rahmenbedingungen begünstigen damit sogar im medizinischen Notfall einen weiteren Aufschub der Behandlung mit der Gefahr schwerwiegender Folgen für den Gesundheitszustand der Betroffenen. Zur Beseitigung der Hürden gehört demnach nicht nur die unbedingte Beachtung der Schweigepflicht. Die Kommunen haben eine Erstattungspflicht; die Haltungen der Sozialämter lassen allerdings den Eindruck entstehen, dass die nachträgliche Kostenübernahme im Eilfall nicht tatsächlich erfolgen soll.

Die derzeitige unsichere Versorgungssituation von Migrantinnen und Migranten ohne Papiere auch im Notfall ist aus menschenrechtlicher, berufsethischer sowie ärztlicher Perspektive unannehmbar. Die Bundesregierung und die WHO, als zwei wesentliche Akteure gesundheitspolitscher Maßnahmen, verweisen darauf, dass die Schaffung faktischer Zugänge frühzeitige Diagnose ermöglichen und die Weiterverbreitung von Erkrankungen verhindern kann .Somit sind sie elementar in einem Gesundheitssystem. Die Sicherstellung einer kontinuierlichen ärztlichen Behandlung ist zudem zentraler Baustein, um falsche oder unzureichende medikamentöse Therapien zu verhindern und damit der Entwicklung resistenter Keime vorzubeugen.

7.2 Fazit

Wichtige Prämisse zur Beseitigung gesundheitlicher Ungleichheit ist das Menschenrecht auf einen Zugang zu einer Gesundheitsversorgung. Dabei muss eine medizinische Versorgung *de facto* von allen Menschen wahrgenommen werden können. Dies beinhaltet, dass finanzielle Hürden zu bewältigen sein müssen, dass das Alter, die ethnische Herkunft oder das Geschlecht den

Erhalt medizinischer Leistungen nicht beeinflussen dürfen – und eben auch nicht der Aufenthaltsstatus.

Der menschenrechtsbasierte und völkerrechtlich legitimierte Ansatz ist von Deutschland in verschiedenen Abkommen ratifiziert worden. Es sieht die staatliche Verantwortung für alle auf dessen Territorium lebende Menschen vor. Die ordnungsrechtlichen Einschränkungen für Menschen ohne Papiere sind ein offener Widerspruch kohärenter Gesundheitspolitik. Auch besonders vulnerable Personen wie Schwangere und Kinder sind damit besonderen Gefährdungen ausgesetzt. Exklusive Regelungen bei Infektionskrankheiten, Impfungen und beim medizinischen Notfall im komplexen Geflecht der relevanten Gesetze ermöglichen selbst in diesen Bereichen keinen flächendeckenden niederschwelligen Zugang zur medizinischen Versorgung. Sowohl Anbieter als auch Nachfrager verfügen dabei vermutlich nicht über ausreichende Kenntnisse der Rechtslage. Die defizitäre finanzielle sowie personelle Ausstattung der Gesundheitsämter lässt allerdings die Vermutung aufkommen, dass auch bei diesen Erkrankungen und vulnerablen Personen die sozialkompensatorische Funktion der Gesundheitsämter nicht erfüllt werden soll. Auf der anderen Seite zeigt die Tätigkeit mancher Ämter, dass trotz defizitärer Strukturen Handlungsspielräume bestehen und genutzt werden können. Die Hürden einer Kostenerstattung durch das Sozialamt für stationäre Behandlungen legen wiederum den Verdacht nahe, dass die Kommunen nicht die Absicht haben, eine niederschwellige Gesundheitsversorgung im medizinischen Notfall sicherzustellen. Die Hilfsorganisationen können zumeist nur eine sehr eingeschränkte medizinische Versorgung in einigen Städten anbieten. So stellt das Ordnungsrecht über seine lebenselementaren Auswirkungen auf die Betroffenen eine faktisch unüberbrückbare Hürde dar, die mit den hohen finanziellen Zugangsbarrieren in sich entwickelnden Ländern vergleichbar sind. Dies besiegelt den Ausschluss von Teilen der Bevölkerung von einer gesundheitlichen Basisversorgung. Im entwicklungspolitischen Diskurs wird dies durchaus angemahnt.

Hinzu kommt die Notwendigkeit zwischenstaatlicher Lösungen, die sich durch das deutsche Konstrukt des Aufschubs der Arbeitnehmerfreizügigkeit innerhalb der Europäischen Union ergibt. Ein politischer Diskurs auf europäischer Ebene ist hierfür dringend notwendig.

8. Anhang

8.1 Tabellenverzeichnis

8.2 Abbildungsverzeichnis

8.3 Verzeichnis verwendeter Abkürzungen

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome [deutsch: erworbenes Immundefizienz-Syndrom]
AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
AsylVfG	Asylverfahrensgesetz
AufenthG	Aufenthaltsgesetz
AuslG	Ausländergesetz
AVV zum AufenthG	Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz der Bundesregierung
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BCG-Impfung	Bacillus Calmette Guérin-Impfung
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Bundesministerium des Innern
BMZ	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
BpB	Bundeszentrale für politische Bildung
BSG	Bundessozialgericht
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (USA)
CESCR	International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights [deutsch: Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte]
CI	Confidence interval [deutsch: Konfidenzintervall]
DIMR	Deutsches Institut für Menschenrechte

DKV	Deutsches Krankenhausverzeichnis
DNS	Desoxyribonukleinsäure: enthält die genetische Information einer Zelle
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
EEA	European Economic Area
EMB	Ethambutol [eines der fünf Standardmedikamente in der Tuberkulose-Therapie]
EU	Europäische Union
EW	Einwohnerinnen/Einwohner
EWG	Europäische Wirtschaftsgemeinschaft
GDG	Gesundheitsdienstgesetz Berlin
GeschlKrG	Gesetz zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten
GFK	Genfer Flüchtlingskonvention
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
Hämo/Transf	Hämophile/Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten, die auf diesem Weg mit HIV infiziert wurden
HET	Heterosexuelle Kontakte als Übertragungsweg von HIV, ausgenommen Menschen aus Hochprävalenzländern
HIV	Human Immunodeficiency Virus [deutsch: humanes Immundefizienz Virus]
HPL	Hochprävalenzländer: Länder, in denen >1 % der Bevölkerung zwischen 14 und 49 Jahren mit HIV infiziert sind, die überwiegend durch heterosexuelle Kontakte entstanden
HUMA	Health for Undocumented Migrants and Asylum Seekers
HwG-Frauen	»Frauen mit häufig wechselnden Geschlechtsverkehr«
HWWI	Hamburgisches Weltwirtschaftsinstitut
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems [deutsch: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. Die Klassifikation wurde von der Weltgesundheitsorganisation erstellt. Die Ziffer 10 steht für die 10. Revision der Klassifikation.]
IfSG	Infektionsschutzgesetz

INH	Isoniazid [eines der fünf Standardmedikamente in der Tuberkulose-Therapie]
IVD	Intravenöser Drogenkonsum als Ursache einer Infektion mit HIV
LAS	Lymphadenopathie-Syndrom
MBO-Ä	Musterberufsordnung für Ärzte
MDG	Millennium Development Goals
MMM	Malteser Migranten Medizin
MMWR	Morbidity and Mortality Weekly Report [des CDCs]
MSM	Männer, die Sex mit Männern haben
NGO	Non-Governmental-Organisation [deutsch: Nicht-Regierungs-Organisation]
NKG	Niedersächsische Krankenhausgesellschaft e.V.
NPsychKG	Niedersächsisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
PCR	Polymerase Chain Reaction [deutsch: Polymerasekettenreaktion]
PICUM	Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants [deutsch: Plattform für die internationale Kooperation zu undokumentierten Migranten]
PPI	Prä- oder perinatale Infektion
PZA	Pyrazinamid [eines der fünf Standardmedikamente in der Tuberkulose-Therapie]
RGA	Reichsgesundheitsamt
RKI	Robert Koch-Institut
RMP	Rifampicin [eines der fünf Standardmedikamente in der Tuberkulose-Therapie]
RNS	Ribonukleinsäure
SGB	Sozialgesetzbuch
SM	Streptomycin [eines der fünf Standardmedikamente in der Tuberkulose-Therapie]
STD	Sexually Transmitted Diseases [deutsch: sexuell übertragbare Erkrankungen]
StGB	Strafgesetzbuch
STI	Sexually Transmitted Infections [deutsch: sexuell übertragbare Infektionen]
STIKO	Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut
SVR-Migration	Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration
Tb	Tuberkulose

THT	Tuberkulin-Hauttest
TRU	Thorax-Röntgen-Untersuchung, p.-a.: konventionelle radiologische Aufnahme der Lunge mit dem Strahlengang vom Rücken zur Körpervorderseite (posterior nach anterior)
UDM	Undokumentierte MigrantInnen
WHO	World Health Organization [deutsch: Weltgesundheitsorganisation]

8.4 Literaturverzeichnis

Ackerknecht, E.H. (1992): Geschichte der Medizin, 7. überarbeitete und ergänzte Auflage von Axel Hinrich Murken, Stuttgart.

Aeppli, J./Glasser, L./Gutzwiller, E./Tettenborn, A. (Hg.) (2010): Empirisches wissenschaftliches Arbeiten. Ein Studienbuch für die Bildungswissenschaften, Bad Heilbrunn.

Aichele, V. (2009): Anspruch auf Zugang zu medizinischer Versorgung: Das Recht auf Gesundheit nach dem UN-Sozialpakt, in: Falge et al. (2009), S. 205-222.

Allenberg, N./Löhr, T. (2009): Der Prüfbericht Illegalität und alternative Lösungsansätze, in: Falge et al. (2009), S. 125-136.

Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz der Bundesregierung vom 27.07.2009, Drucksache 669/09: http://dip21.bundestag.de/dip21/brd/2009/0669-09.pdf [25.01.2016].

Alscher, S./Münz, R./Özcan, V. (2001): Illegal anwesende und illegal beschäftige Ausländerinnen und Ausländer in Berlin. Lebensverhältnisse, Problemlagen, Empfehlungen, Berlin.

Alt, J. (2009): Globalisierung, illegale Migration, Armutsbekämpfung. Analyse eines komplexen Systems, Karlsruhe.

Alt, J. (2003): Leben in der Schattenwelt. Problemkomplex »illegale« Migration. Neue Erkenntnisse zur Lebenssituation »illegaler« Migranten aus München und anderen Orten Deutschlands, Karlsruhe.

Alt, J. (1999): Illegal in Deutschland. Forschungsprojekt zur Lebenssituation »illegaler« Migranten in Leipzig, hg. im Auftrag des Jesuit Refugee Service Europe, Karlsruhe.

Alt, J./Bommes, M. (Hg.) (2006): Illegalität. Grenzen und Möglichkeiten der Migrationspolitik, Wiesbaden.

Alt, J./Cyrus, N. (2002): Illegale Migration in Deutschland: Ansätze für eine menschenrechtlich orientierte Migrationspolitik, in: Bade/Münz (2002), S. 141-162.

Alt, J./Fodor, R. (2001): Rechtlos? Menschen ohne Papiere: Anregungen für eine Positionsbestimmung, Karlsruhe.

Anderson, P. (2003): »Dass sie uns nicht vergessen…« Menschen in der Illegalität in München: www.philip-anderson.de/pdf/studie_illegalitaet.pdf [25.01.2016].

Angenendt, S. (2007): Irreguläre Migration als internationales Problem. Risiken und Optionen. Studie der Stiftung Wissenschaft und Politik, Berlin.

Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit (o.J.): Bundesweiter Arbeitskreis Migration und Gesundheit, Positionspapier, Berlin.

Ärzte der Welt e.V. (Hg.) (2013): Access to healthcare in Europe in times of crisis and rising xenophobia. An overview of the situation of people excluded from healthcare systems, April 2013: www.aerztederwelt.org/ueber-uns/publikationen.html [25.01.2016].

Ärzte der Welt e.V. (Hg.) (2012): Access to Healthcare for vulnerable groups in the European Union: www.aerztederwelt.org/ueber-uns/publikationen.html [25.01.2016].

Ärzte der Welt e.V. (Hg.) (2011): Ärzte der Welt in Deutschland 2010. Zugang zur medizinischen Versorgung für Menschen in schwierigen Lebenssituationen: www.aerztederwelt.org/ueber-uns/publikationen.html [25.01.2016].

Ärzte der Welt e.V. (Hg.) (2010): Open.med 2009. Zugang zur medizinischen Versorgung für Menschen ohne Versicherungsschutz: www.aerztederwelt.org/ueber-uns/publikationen.html [25.01.2016].

Ärzte der Welt e.V. (Hg.) (2009): Ärzte der Welt 2008. Tätigkeitsbericht. Médecins du Monde Deutschland. Internationale Humanitäre Hilfe: www.aerztederwelt.org/fileadmin/pdf/Publikationen/AerzteDerWelt_Taetigkeitsbericht_08.pdf [29.01.2016].

Ärzte der Welt/Refugio München (2007): Krank als Migrant ohne Krankenversicherung – wo gibt es Hilfe? Gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen und Migranten mit unterschiedlichem Aufenthaltsstatus. Ergebnisse der Fachtagung München: http://docplayer.org/2546316-Krank-als-migrant-ohne-krankenversicherung-wo-gibt-es-hilfe.html [29.01.2016].

Ärztekammer Berlin (Hg.) (2013): Unklare Patientenidentität und ärztliche Schweigepflicht. Rechtliche Grundlagen in einer Konfliktsituation, in: Berliner Ärzte – die Zeitschrift der Ärztekammer Berlin, Januar 2013, S. 35-36.

Bade, K.J./Münz, R. (Hg.) (2002): Migrationsreport 2002. Fakten – Analysen – Perspektiven, Frankfurt a.M.

Bade, K.J./Oltmer, J. (2004): Normalfall Migration, Deutschland im 20. und frühen 21. Jahrhundert, Bonn.

Bauer, U./Bittlingmayer, U.H./Richter, M. (Hg.) (2008): Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit, Wiesbaden.

Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hg.) (2000): Handbuch zum interkulturellen Arbeiten im Gesundheitsamt, Berlin/Bonn.

Beier, A. (2007): Die gesundheitliche Situation von Flüchtlingen – eine Untersuchung der kommunalen Gesundheitsversorgung in Münster und Osnabrück: www.nds-fluerat.org/590/aktuelles/die-gesundheitliche-situation-von-fluechtlingen/ [25.01.2016].

Bendel, P. (2006): Neue Chancen für die EU-Migrationspolitik? Die Europäische Union im Spagat zwischen Sicherheits-, Entwicklungs- und Außenpolitik, in: Butterwegge/Hentges (2006), S. 123-134.

Berliner Senat (2007): Vielfalt fördern – Zusammenhalt stärken. Das Berliner Integrationskonzept, Berlin.

Bielefeldt, H. (2011): Menschenrechte »irregulärer« Migrantinnen und Migranten, in: Mylius et al. (2011), S. 19-32.

Bielefeldt, H./Aichele, V. (2007): Die faktische Gewährleistung des Rechts auf Gesundheit für irreguläre Migrantinnen und Migranten. Stellungnahme zur Anhörung im Ausschuss für Menschenrechte und humanitäre Hilfe des Deutschen Bundestages, 7. März 2007: www.institut-fuer-menschenrechte.de/uploads/tx_commerce/2007_03_07_stellungnahme_dimr_z_anhoe rung_i_ausschuss_f_mr_u_humanitaere_hilfe_d_dt_bundestages_die_fakt_gewaehrleistung_d_rechts_auf_gesundheit_f_irregulaere_migrant.pdf [25.01.2016].

Bitzer, E.M. (2008): Versorgungsforschung aus Public Health Perspektive – Forschungsansätze mit patientennahen Ergebnisparametern und Routinedaten von Krankenkassen. Habilitationsschrift zur Erlangung der venia legendi für das Fach »Public Health und Versorgungsforschung«, Hannover.

Bochow, M./Schmidt, A.J./Grote, S. (2007): Wie leben schwule Männer heute? Lebensstile, Szene, Sex, AIDS 2007. Gesamtbericht zur 8. Wiederholungsbefragung »Schwule Männer und AIDS« im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.

Boetel, F. (2011): Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus: Soziodemografische Charakteristika, Erkrankungen und Behandlung in primärärztlichen Versorgungszentren in Deutschland und der Schweiz, bisher unveröffentlichte Dissertation.

Böll, H. (1952): Bekenntnis zur Trümmerliteratur, Köln.

Bommes, M./Wilmes, M. (2007): Menschen ohne Papiere in Köln. Eine Studie zur Lebenssituation irregulärer Migranten, Osnabrück: www.stadt-koeln.de/mediaasset/content/pdf5620/2.pdf [25.01.2016].

Borde, T./David, M. (Hg.) (2003): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen, Frankfurt a.M.

Borde, T./David, M./Papies-Winkler, I. (Hg.) (2009): Lebenslage und gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere, Frankfurt a.M.

Borgetto, B./Mann, B./Janßen, C. (2007): Soziologische Theorien in der medizinsoziologischen Versorgungsforschung, in: Janßen et al. (2007), S. 67-84.

Bornschlegl, W. (2011): »Kinder gibt es nicht«. Das Recht auf Gesundheit von Kindern in aufenthaltsrechtlicher Illegalität, in: Mylius et al. (2011), S. 137-156.

British Medical Association (2012): Access to health care for asylum seekers and refused asylum seekers – guidance for doctors, January 2012, London: www.bma.org.uk/images/asylumseekeraccessguidancejanuary2012_tcm41-211194.pdf [10.11.2013].

Buchatz, K./Baker, R.K./Palella, F.J.Jr. et al. (2010): AIDS-defining opportunistic illnesses in US-patients, 1994-2007: a cohort study, in: AIDS 2010, Band 24, S. 1549-1559.

Buchner, B. (2009): Gesundheit in der Illegalität – Zivilrechtliche Fragen im Arzt-Patienten-Verhältnis, in: Falge et al. (2009), S. 137-142.

Buhk, T. (2007): HIV und illegal – in *Deutschland* eine tödliche Kombination? In: HIV & more, Sonderausgabe 2007, S. 4-7: www.hivandmore.de/archiv/2007-sonder/buhk.shtml [25.01.2016].

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg.) (2015a): Das Bundesamt in Zahlen 2014. Asyl, Migration und Integration, Nürnberg: www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/bundesamt-in-zahlen-2014.pdf?__blob=publicationFile [26.01.2016].

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg.) (2015b): Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung. Migrationsbericht 2013: www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Migrationsberichte/migrationsbericht-2013.pdf?__blob=pub licationFile [13.02.2015].

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg.) (2011): Das Bundesamt in Zahlen 2010. Asyl, Migration, ausländische Bevölkerung und Integration, Nürnberg.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg.) (2005): Illegal aufhältige Drittstaatsangehörige in Deutschland. Staatliche Ansätze, Profil und soziale Situation. Forschungsstudie 2005 im Rahmen des Europäischen Migrationsnetzwerks: www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikatio nen/Forschungsberichte/fb02-illegale-drittstaatsangehoerige.html [25.01.2016].

Bundesärztekammer (2010): Ärzte im öffentlichen Dienst – Öffentlicher Gesundheitsdienst: www.bundesaerztekammer.de/aerzte/versorgung/oeffent licher-gesundheitsdienst/ [25.01.2016].

Bundesärztekammer/Arbeitskreis »Versorgungsforschung« beim Wissenschaftlichen Beirat (Hg.) (2004): Definition und Abgrenzung der Versor-

gungsforschung: www.bundesaerztekammer.de/downloads/Definition.pdf [25.01.2016].

Bundeskriminalamt/Bundespolizeipräsidium (Hg.) (2013): Schleusungskriminalität. Bundeslagebild 2013, Wiesbaden.

Bundesministerium des Innern (Hg.) (2011): Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung. Migrationsbericht 2009: www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Migrationsberichte/migrationsbericht-2009.pdf?__blob=publicationFile [25.01.2016].

Bundesministerium des Innern (2007): Illegal aufhältige Migranten in Deutschland. Datenlage, Rechtslage, Handlungsoptionen. Bericht des Bundesministeriums des Innern zum Prüfauftrag »Illegalität« aus der Koalitionsvereinbarung vom 11. November 2005, Kapitel VIII 1.2, Februar 2007: www.bmi.bund.de/cae/servlet/contentblob/151394/publicationFile/13641/Pruefbericht_Illegalitaet.pdf [25.01.2016].

Bundesministerium für Gesundheit – Referat Öffentlichkeitsarbeit (Hg.) (2011): Bericht zum Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung: www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Praevention/Sonstiges/Bericht_zum_Aktionsplan_zur_Umsetzung_der_HIV-AIDS-Bekaempfungsstrategie_der_Bundesregierung.pdf [25.01.2016].

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) – Referat Öffentlichkeitsarbeit/Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ)/Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (Hg.) (2007): Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung: www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf_broschueren/Aktionsplan-HIV_Aktionsplan-HIV-Aids-deutsch.pdf [25.01.2016].

Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) (Hg.) (2009): Gesundheit und Menschenrechte. BMZ Spezial 162: https://www.bmz.de/de/mediathek/publikationen/archiv/themen/menschenrechte/index.html [25.01.2016].

Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. (BVÖGD) (Hg.) (2010): 1950-2010. 60 Jahre BVÖGD. Engagement für die Gesundheit der Bevölkerung, Aalen.

Bundeszentrale für politische Bildung (Hg.) (2004): Menschenrechte. Dokumente und Deklarationen, Bonn.

Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin (Hg.) (2006): 10 Jahre Büro für medizinische Flüchtlingshilfe. Eine Erfolgsgeschichte?, Berlin.

Busse, R./Riesberg, A. (2005): Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland, Kopenhagen, hg. von der WHO – Regionalbüro für Europa im Auftrag des

Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, Kopenhagen.

Butterwegge, C./Hentges, G. (Hg.) (2006): Zuwanderung im Zeichen der Globalisierung. Migrations-, Integrations- und Minderheitenpolitik, Wiesbaden.

Caulford, P./Vali, Y. (2006): Providing health care to medically uninsured immigrants and refugees, in: Canadian Medical Association Journal, April 25, 2006, Band 174 (9), S. 1253-1254.

Castañeda, H. (2009): Illegality as risk factor: A survey of unauthorized migrant patients in a Berlin clinic, in: Social Science & Medicine, 2009, Nr. 68, S. 1552-1560.

Centers for Disease Control and Prevention (Hg.) (2011a): Recommendations for Use of an Isoniazid-Rifapentine Regimen with Direct Observation to Treat Latent Mycobacterium tuberculosis Infection, in: Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR), December 9, 2011, Band 60, Nr. 48, S. 1650-1653: www.cdc.gov/mmwr/pdf/wk/mm6048.pdf [25.01.2016].

Centers for Disease Control and Prevention (Hg.) (2011b): TB Elimination. Tuberculin Skin Testing: www.cdc.gov/tb/publications/factsheets/testing/skintesting.pdf [25.01.2016].

Centers for Disease Control and Prevention (Hg.) (2010a): Updated Guidelines for Using Interferon Gamma Release Assays to Detect Mycobacterium tuberculosis Infection. Recommendations and Reports, in: MMWR, June 25, 2010, Vol. 59, No. RR-5, S. 1-25: www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5905a1.htm [25.01.2016].

Centers for Disease Control and Prevention (Hg.) (2010b): Self-Study Modules on Tuberculosis. Module 9: Patient Adherence to Tuberculosis Treatment Reading Material. Using DOT to Improve Adherence. Directly Observed Therapy (DOT): www.cdc.gov/tb/education/ssmodules/module9/ss9reading2.htm [25.01.2016].

Centers for Disease Control and Prevention (Hg.) (2008): Revised Surveillance Case Definitions for HIV Infection Among Adults, Adolescents, and Children Aged <18 Months and for HIV Infection and AIDS Among Children Aged 18 Months to <13 Years – United States, 2008, in: MMWR, December 5, 2008, Vol. 57, No. RR-10: www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5710.pdf [25.01.2016].

Centers for Disease Control and Prevention (Hg.) (1992): Revised Classification System for HIV Infection and Expanded Surveillance Case Definition for AIDS Among Adolescents and Adults, in: MMWR, December 18, 1992, Band 41, Nr. RR-17: www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00018871.htm [25.01.2016].

Cerda-Hegerl, P. (2008): Interkulturelle Aspekte in der medizinischen Versorgung nichtdokumentierter Migranten, in: Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 2008, Band 58, S. 136-145.

Chenevas, M./Sanogo, A. (2010): Medizinische Versorgung von HIV-positiven ohne Papiere, in: Wiessner (2010), S. 193-199.

Classen, G. (2010): Krankenhilfe nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, aktualisierte Version, Stand Mai 2010, Flüchtlingsrat Berlin: www.fluecht lingsinfo-berlin.de/fr/arbeitshilfen/krankenhilfe_asylblg.doc [25.01.2016].

Classen, G. (2008): Sozialleistungen für MigrantInnen und Flüchtlinge: Handbuch für die Praxis, Karlsruhe.

Classen, G. (2000): Menschenwürde mit Rabatt: Leitfaden und Dokumentation zum Asylbewerberleistungsgesetz, Frankfurt a.M.

Commission on Social Determinants of Health (Hg.) (2008): Closing the gap in a generation: health equity through action on the social. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health, World Health Organization, Geneva.

Conring, J. (2002): Rechtliche Behandlung von »Scheinehen« nach der Reform des deutschen Eheschließungsrechts, Frankfurt a.M./Berlin.

Cremer, H. (2010): Deutsches Institut für Menschenrechte begrüßt die vorbehaltlose Anerkennung der UN-Kinderrechtskonvention durch Deutschland. Pressemitteilung vom 04.05.2010: www.institut-fuer-menschenrechte.de/de/aktuell/news/meldung/article/pressemitteilung-deutsches-institut-fuer-menschenrechte-begruesst-die-vorbehaltlose-anerkennung-der.html [25.01.2016].

Cuadra, C.B. (2012): Right of access to health care for undocumented migrants in EU: a comparative study of national policies, in: European Journal of Public Health 2012;22, Nr. 2, S. 267-271.

Cuadra, C.B. (2010): Policies on Health Care for Undocumented Migrants in EU 27. Country Report Germany, for Health Care in Nowhereland, improving services for undocumented migrants in the EU, Malmö.

Cyrus, N. (2009): Undocumented Migration. Counting the Uncountable. Data and Trends across Europe. December 2008, revised July 2009. Country report prepared under the research project CLANDESTINO Undocumented Migration: Counting the Uncountable. Data and Trends Across Europe, funded by the 6th Framework Programme for Research and Technological Development under Priority 7 ›Citizens and Governance in a Knowledge-Based Society‹, Research DG, European Commission: http://irregular-migration.net/typo3_upload/groups/31/4.Background_Information/4.4.Country_Reports/Germany_CountryReport_Clandestino_Nov09_2.pdf [25.01.2016].

Cyrus, N. (2004): Aufenthaltsrechtliche Illegalität in Deutschland. Sozialstrukturbildung – Wechselwirkungen – Politische Optionen. Bericht für den Sachverständigenrat für Zuwanderung und Integration, Nürnberg: www.forum-illegalitaet.de/mediapool/99/993476/data/04_Expertise_Sachverstaendigenrat_Cyrus.pdf [25.01.2016].

Dauvrin, M./Lorant, V./Sandhu, S. et al. (2012): Health care for irregular migrants: pragmatism across Europe. A qualitative study, in: BioMed Central Research Notes, 2012, Bd. 5, Nr. 99, S. 1-9.

Deichgräber, K. (1972): Der Hippokratische Eid, Stuttgart.

Delvaux, T./Buekens, P./Godin, I. et al. (2001): Barriers to prenatal care in Europe, in: American Journal of Preventive Medicine, July 2001, Bd. 21, Issue 1, S. 52-59.

Der Paritätische Gesamtverband (Hg.) (2014): Schutzlos oder gleichgestellt? Der Zugang zum Gesundheitssystem für Unionsbürger und ihre Familienangehörigen, Berlin.

Deutsche AIDS-Gesellschaft e.V./Österreichische AIDS Gesellschaft (Hg.) (2010): Deutsch-Österreichische Leitlinien zur antiretroviralen Therapie der HIV-1-Infektion: www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/055-001l_Antiretrovirale_Therapie_der_HIV_Infektion__2014-05.pdf [25.01.2016].

Deutsche Forschungsgemeinschaft (Hg.) (2010): Versorgungsforschung in Deutschland: Stand – Perspektiven – Förderung. Stellungnahme. Standpunkte, Weinheim.

Deutsches Hygiene-Museum Dresden (1995): Tuberkulose – Seuchengeschichte, in: Deutsches Hygiene-Museum Dresden (1995): Das große Sterben – Seuchen machen Geschichte, o. Seitenangabe: www.gesundheitsamt.de/alle/seuche/infekt/bakt/tbc/sg.htm [25.01.2016].

Deutsches Institut für Menschenrechte (Hg.) (2007): Frauen, Männer und Kinder ohne Papiere in Deutschland – Ihr Recht auf Gesundheit, Berlin: www.institut-fuer-menschenrechte.de/uploads/tx_commerce/studie_frauen_maenner_und_kinder_ohne_papiere_ihr_recht_auf_gesundheit.pdf [14.04.2015].

Deutsches Rotes Kreuz e.V. (Hg.) (2013): Gesundheitsversorgung für EU-Bürgerinnen und EU-Bürger in Deutschland, Berlin.

Deutsches Rotes Kreuz (2004): Migrantinnen und Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus: Dokumentation einer Fachtagung, Berlin.

Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose (DZK) (Hg.) (2011): Neue Empfehlungen für die Umgebungsuntersuchungen bei Tuberkulose, in: Gesundheitswesen 2011, Nr. 73, S. 369-388: www.pneumologie.de/fileadmin/pneumologie/downloads/Empfehlungen/s-0030-1256439.pdf?cntmark [25.01.2016].

Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose (DZK) (Hg.) (2001): Richtlinien zur medikamentösen Behandlung der Tuberkulose im Erwachsenen- und Kindesalter, in: Pneumologie, 2001, Nr. 55, S. 494-511.

Diakonie Hamburg/Landesverband der Inneren Mission e.V. (Hg.) (2009): Leben ohne Papiere. Eine empirische Studie zur Lebenssituation von Menschen ohne gültige Aufenthaltspapiere in Hamburg: www.diakonie-hamburg.de/export/sites/default/.content/downloads/Fachbereiche/ME/Leben-ohne-Papiere.pdf [25.01.2016].

Dietel, M./Suttorp, N./Zeitz, M. (Hg.) (2008): Harrisons Innere Medizin, Bd. 1, 17. Auflage, Berlin.

Dillman, D.A. (2007): Mail and internet surveys. The Tailored Design Method. Second Edition, New Jersey.

Dillman, D.A./Smyth, J./Christian, L.M. (2014): Internet, Phone, Mail, And Mixed-Mode Surveys. The Tailored Design Method, New Jersey.

Donhauser, J. (2007): Das Gesundheitsamt im Nationalsozialismus. Der Wahn vom »gesunden Volkskörper« und seine tödlichen Folgen, in: Das Gesundheitswesen, Februar 2007, 69. Jahrgang, S. 7-127.

Düvell, F. (2009): Irreguläre Immigration nach Europa: Eine Einführung, in: Falge et al. (2009), S. 23-42.

Eckart, W.U. (2011): Illustrierte Geschichte der Medizin. Von der französischen Revolution bis zur Gegenwart, Berlin/Heidelberg.

Edelstein, L. (1969): Der Hippokratische Eid, Zürich/Stuttgart.

Eisenhuber, E./Mostbeck, G./Bankier, A. et al. (2007): Radiologische Diagnostik der Lungentuberkulose, in: Der Radiologe, Bd. 5, Nr. 47, S. 393-400.

Eichler, K.J. (2008): Migration, transnationale Lebenswelten und Gesundheit. Eine qualitative Studie über das Gesundheitshandeln von Migrantinnen, Wiesbaden.

European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe (Hg.) (2011): HIV/AIDS surveillance in Europe 2010, Stockholm.

European Centre for Disease Prevention and Control (Hg.) (2010): Surveillance Report. Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2009. Revised edition, Stockholm.

European Union Agency for Fundamental Rights (Hg.) (2011): Migrants in an irregular situation: access to healthcare in 10 European Union Member States. Luxembourg, Publications Office of the European Union, Nr. 8.

Falge, C./Fischer-Lescano, A./Sieveking, K. (Hg.) (2009): Gesundheit in der Illegalität. Rechte von Menschen ohne Aufenthaltsstatus, Baden-Baden.

Finotelli, C. (2007): Illegale Einwanderung, Flüchtlingsmigration und das Ende des Nord-Süd-Mythos. Zur funktionalen Äquivalenz des deutschen und des italienischen Einwanderungsregimes, Berlin.

Fisch, A. (2007a): Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität. Reformvorschläge und Folgenabwägungen aus sozialethischer Perspektive, Berlin.

Fisch, A. (2007b): Rechte von Menschen ohne Papiere und die Widerspruchsfreiheit der Rechtsordnung, Berlin: www.migration-boell.de/web/migration/46_1607.asp [25.01.2016].

Fisch, A. (2007c): Ausgrenzung und Leitkultur. Zur integrativen Funktion von »Parallelgesellschaften«, in: Ethik und Gesellschaft, 2007, Nr. 1: www.ethik-und-gesellschaft.de/pdf-aufsaetze/EuG_1_2007_5.pdf [06.09.2013].

Fleischer, A. (2007): Illegalisierung, Legalisierung und Familienbildungsprozesse: Am Beispiel Kameruner MigrantInnen in Deutschland. Max Planck Institute for Demografic Research, Working Paper WP 2007-011, February 2007 (revised July 2007), Rostock.

Flüchtlingsrat Berlin/Ärztekammer Berlin/Pro Asyl (Hg.) (1998): Gefesselte Medizin. Ärztliches Handeln – abhängig von Aufenthaltsrechten? Eine Handreichung, Berlin.

Flüchtlingszentrum Hamburg (Hg.) (o. J. a): Evaluationsbericht zur Arbeit der Clearingstelle Gesundheitsversorgung Ausländer im Jahr 2013: www.hamburg.de/integration/service/4097446/evaluationsbericht-clearingstelle/ [11.03.2015].

Flüchtlingszentrum Hamburg (Hg.) (o. J. b): Evaluationsbericht zur Arbeit der Clearingstelle Gesundheitsversorgung Ausländer. Februar 2012 – Januar 2013: www.hamburg.de/integration/service/4097446/evaluationsbericht-clearingstelle/ [11.03.2015].

Follmar-Otto, P./Rabe, H. (2009): Menschenhandel in Deutschland. Die Menschenrechte der Betroffenen stärken, hg. vom Deutschen Institut für Menschenrechte, Berlin: www.institut-fuer-menschenrechte.de/uploads/tx_commerce/studie_menschenhandel_in_deutschland_01.pdf [29.01.2016].

Franke, M. (Hg.) (1999): Armut und Gesundheit: Armut und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. Armut und Migration. Armut und Gesundheit bei Frauen. Armut und Wohnungslosigkeit, Berlin.

Franz, A. (2008): Die medizinische Behandlung von Menschen in der Illegalität, Berlin: www.ippnw.de/commonFiles/pdfs/Soziale_Verantwortung/Tagung/Franz_Artikel.pdf [29.01.2016].

Freund-Widder, M. (2000): Frauen unter Kontrolle. Prostitution und ihre staatliche Bekämpfung in Hamburg vom Ende des Kaiserreichs bis zu den Anfängen der Bundesrepublik, Münster.

Frewer, A./Bielefeldt, H. (Hg.) (2016): Das Menschenrecht auf Gesundheit. Normative Grundlagen und aktuelle Diskurse, Bielefeld.

Frewer, A. (2009): Medizinethik 1948. Moral und Menschenrechte in historischer Perspektive, in: Frewer et al. (2009), S. 51-72.

Frewer, A./Kolb, S./Krása, K. (Hg.) (2009): Medizin, Ethik und Menschenrechte. Geschichte – Grundlagen – Praxis, Göttingen.

Frewer, A./Eickhoff, C. (Hg.) (2000): »Euthanasie« und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte: Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik, Frankfurt a.M.

Frings, D. (2010): Sozialleistungen für Unionsbürger: www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Frings_SGB2_Unionsbuerger.pdf [29.01.2016].

Fuchs, C./Gerst, T. (2006): Medizinethik in der Berufsordnung. Entwicklungen der Muster-Berufsordnung: www.bundesaerztekammer.de/recht/berufsrecht/muster-berufsordnung-aerzte/medizinethik-in-der-berufsordnung/ [29.01.2016].

Gareis, S./Varwick, J. (2007): Die Vereinten Nationen. Aufgaben, Instrumente und Reformen. Schriftenreihe Bundeszentrale für politische Bildung, Band 403, Bonn.

Gather, J./Schwienhorst, E.-V. (2009): Medinetz Mainz e.V. Medizinische Vermittlungsstelle für Flüchtlinge, Migrant/inn/en und Menschen ohne Papiere, in: Rásky (2009), S. 330-337.

Gerdsmeier, K. (2010): Gesundheitsversorgung statusloser Ausländer, in: Barwig, K./Beichel-Benedetti, S./Brinkmann, G. (Hg.) (2010), Hohenheimer Tage zum Ausländerrecht 2010, Baden-Baden, S. 163-186.

Gerst, T. (2000): Infektionsschutzgesetz: Schnelle Reaktionen auf Verbreitung gefährlicher Infektionen, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 97, Heft 48, S. A3226-A3228: https://www.aerzteblatt.de/pdf/97/48/a3226.pdf [29.01.2016].

Gesundheitsamt Bremen (Hg.) (2011): Das Bremer Modell – Gesundheitsversorgung Asylsuchender: www.proasyl.de/fileadmin/proasyl/fm_redakteure/Newsletter_Anhaenge/175/110928_Bericht_Bremer_Modell_Gesundheitsversorgung_Asylsuchender.pdf [29.01.2016].

Gesundheitsamt Bremen (Hg.) (2010): Der HIV-Antikörpertest im Gesundheitsamt Bremen. Die Nutzer/innen antworten: www.gesundheitsamt.bremen.de/sixcms/media.php/13/2_HIV_Nutzerbefragung_2010.pdf [29.01.2016].

Geyer, S. (2003): Forschungsmethoden in den Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung in die empirischen Grundlagen, Weinheim/München.

Global Commission on International Migration (GCIM) (2005): Migration in einer interdependenten Welt: Neue Handlungsprinzipien: Bericht der Weltkommission für internationale Migration, Berlin.

Gonzalez, J.S./Batchelder, A.W./Psaros, C./Safren, S.A. (2011): Depression and HIV/AIDS Treatment Nonadherence: A Review and Meta-analysis, in: Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, October 1, 2011, Bd. 58, Nr. 2, S. 181-187.

Gostomzyk, J.G./Storr, U. (2012): Versorgungsleistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in: Hurrelmann/Razum (2012), S. 837-854.

Gräser, S./Krischke, N./Wohlrab, C. (2009): HIV/AIDS-Prävention und Versorgung für Migrantinnen und Migranten aus Sub-Sahara Afrika. Eine Pilotstudie zur Evaluation des »Afrika-Projekts« des Gesundheitsamtes Bremen. Schriftenreihe des Instituts für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen, Sommer 2009, Ausgabe 03, Bremen.

Greenaway, C./Palayew, M./Menzies, D. (2003): Yield of casual contact investigation by the hour, in: The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, 2003, Band 7, Nr. 12, S. 479-485.

Greß, S./Walendik, A./Wasem, J. (2005): Nichtversicherte Personen im Krankenversicherungssystem der Bundesrepublik Deutschland. Bestandsaufnahme und Lösungsmöglichkeiten. Expertise für die Hans-Böckler-Stiftung, Essen: Lehrstuhl für Medizinmanagement/Universität Duisburg-Essen: www.boeckler.de/pdf_fof/S-2005-738-4-1.pdf [29.01.2016].

Groß, J./Bieniok, M. (2011): Das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin. Praktische Erfahrungen und politische Lösungsansätze, in: Mylius et al. (2011), S. 225-238.

Groß, J. (2005): Möglichkeiten und Grenzen der medizinischen Versorgung von Patienten und Patientinnen ohne legalen Aufenthaltsstatus, Berlin: www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/arbeitshilfen/Medizin_fuer_Statuslose.pdf [29.01.2016].

Grunow, D./Grunow-Lutter, V. (2000): Der öffentliche Gesundheitsdienst im Modernisierungsprozess. Eine Untersuchung über Handlungsspielräume und Restriktionen im Rahmen kommunaler Gesundheitspolitik, Weinheim/München.

Haentjes-Börgers, A. (2009): Die Malteser Migranten Medizin (MMM) – Hilfe für Menschen ohne Krankenversicherung, in: Rásky (2009), S. 339-348.

Hamburgisches Weltwirtschaftsinstitut (HWWI) (Hg.) (2010): Stocks of Irregular Migrants: Estimates for Germany: http://irregular-migration.hwwi.de/typo3_upload/groups/31/3.Database_on_IrregMig/3.2.Stock_Tables/Germany_Estimates_IrregularMigration_Dec10.pdf [29.01.2016].

Han, P. (2010): Soziologie der Migration. Erklärungsmodelle, Fakten, Politische Konsequenzen und Perspektiven, Stuttgart.

Health for Undocumented Migrants and Asylum Seekers (HUMA) Network (2010): Are Undocumented Migrants and Asylum Seekers Entitled to Access Health Care in the EU? A Comparative Overview in 16 Countries: www.epim.info/wp-content/uploads/2011/02/HUMA-Publication-Comparative-Overview-16-Countries-2010.pdf [29.01.2016].

Hehl, K. (2000): Neuorientierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Leitbilder, Leitlinien und Ziele, in: Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (2000), S. 33-35.

Heinrich-Böll-Stiftung (Hg.) (2009): Dossier Migration & Gesundheit, Berlin: www.migration-boell.de/web/integration/47_2075.asp [29.01.2016].

Heinrich-Böll-Stiftung (Hg.) (2008): Leben in der Illegalität. Ein Dossier, Berlin: www.boell.de/de/content/leben-der-illegalitaet [29.01.2016].

Heinrich, K. (2008): Gesundheit ist ein Menschenrecht, Medinetz Mainz im Einsatz, Mainz: www.medinetzmainz.de/download/54-dermainzer.pdf?PHPSESSID=9a0udqka70ruuaefe1samalp76 [06.09.2014].

Herbert, U. (2003): Geschichte der Ausländerpolitik in Deutschland. Saisonarbeiter, Zwangsarbeiter, Gastarbeiter, Flüchtlinge, Bonn.

Herold, G. (Hg.) (2010): Innere Medizin, Köln.

Hildebrand, A. (1998): Sozialer Schutz für Migranten in irregulären Situationen unter Berücksichtigung internationaler Rechtsinstrumente, in: epd-Dokumentation, 1998, Nr. 8, S. 31-37.

Hoffmann, C. (2011a): Wann mit ART anfangen? In: Hoffmann/Rockstroh (2011), S. 156-168.

Hoffmann, C. (2011b): Opportunistische Infektionen, in: Hoffmann/Rockstroh (2011), S. 332-333.

Hoffmann, C./Rockstroh, J. (Hg.) (2011): HIV 2011: http://hivbuch.de/ [25.01.2016].

Hoffmann, H. (2009): Leben in der Illegalität – Exklusion durch Aufenthaltsrecht, in: Falge et al. (2009), S. 13-22.

Hölzinger, J. (2008): Menschenrechte haben Vorrang, IPPNW Presseinfo vom 21. Januar 2008, Berlin: www.ippnw.de/presse/presse-2008/artikel/aab801115b/menschenrechte-haben-vorrang.html [06.09.2013].

Howe, C. (2004): Milliardengeschäft illegale Prostitution. Handel mit Frauen aus Osteuropa, in: Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitung »Das Parlament«, 20. Dezember 2004, hg. von der Bundeszentrale für politische Bildung, Frankfurt a.M.

Hunstorfer, K. (2007): Ärztliches Ethos. Technikbewältigung in der modernen Medizin?, Frankfurt a.M.

Hüntelmann, A.C. (2006): Zwischen Kooperation und Kontrolle. Das kaiserliche Gesundheitsamt und die kommunalen Untersuchungsanstalten, in: Hüntelmann/Vossen/Czech (2006), S. 27-48.

Hüntelmann, A.C./Vossen, J./Czech, H. (Hg.) (2006): Gesundheit und Staat. Studien zur Geschichte der Gesundheitsämter in Deutschland, 1870-1950, Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, Heft 104, Husum.

Hurrelmann, K./Laaser, U./Razum, O. (2012): Entwicklung und Perspektiven der Gesundheitswissenschaften in Deutschland, in: Hurrelmann/Razum (Hg.), Handbuch. Gesundheitswissenschaften, S. 15-53.

Hurrelmann, K./Razum, O. (Hg.) (2012): Handbuch Gesundheitswissenschaften, Weinheim/Basel.

Huschke, S. (2014): Performing deservingness. Humanitarian health care provision for migrants in Germany, in: Social Science & Medicine, Advance Access published May 2, 2014, S. 352-359, DOI: 10.1016/j.socscimed.2014.04.046.

Huschke, S. (2013): Kranksein in der Illegalität. Undokumentierte Lateinamerikaner/-innen in Berlin. Eine medizinethnologische Studie, Bielefeld.

Huschke, S. (2009): Fragiles Netz – Krankheitserfahrungen undokumentierter Latinas in Berlin, in: Falge et al. (2009), S. 45-61.

Huschke, S./Twarowska, J. (2011): Legal, aber nicht versichert. Medizinische Versorgung von neuen EU-BürgerInnen, in: Dr. med. Mabuse, Januar/Februar 2011, Nr. 189, S. 55-57.

Janßen, C./Borgetto, B./Heller, G. (Hg.) (2007): Medizinsoziologische Versorgungsforschung. Theoretische Ansätze, Methoden, Instrumente und empirische Befunde, Weinheim/München.

Jenke, A. (1991): Darstellung und Bewertung von Modelleistungen: Begleitforschung zum Großmodell Gesundheitsämter – AIDS, 3. Zwischenbericht, St. Augustin.

Jensen, N./Norredam, M./Draebel, T. et al. (2011): Providing medical care for undocumented migrants in Denmark: what are the challenges for health professionals? In: BioMed Central Health Service Research, 2011, Bd. 11, Nr. 154, S. 1-10.

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (Hg.) (2010): Global report. UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010: www.unaids.org/globalreport/documents/20101123_GlobalReport_full_en.pdf [25.01.2016].

Jünschke, K./Paul, P. (Hg.) (2005): Wer bestimmt denn unser Leben? Beiträge zur Entkriminalisierung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus, Karlsruhe.

Kaplan, J.E./Roselle, G./Sepkowitz, K. (1998): Opportunistic Infections in Immunodeficient Populations, in: Emerging Infectious Diseases, July – September 1998, Band 4, Nr. 3, S. 421-422.

Karakayali, S. (2008): Gespenster der Migration. Zur Genealogie illegaler Einwanderung in der Bundesrepublik Deutschland, Bielefeld.

Katholisches Forum ›Leben in der Illegalität‹ (Hg.) (2009): Erläuterungen zu ausgewählten Vorschriften aus der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz vom 18.09.2009: www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Kath_Forum_VwV_AufenthG.pdf [06.09.2013].

Katholisches Forum ›Leben in der Illegalität‹ (Hg.) (2005): Manifest Illegale Zuwanderung – für eine differenzierte und lösungsorientierte Diskussion: www.joerg-alt.de/ManifestUnterzeichnerPublikation.pdf [06.09.2013].

Killinger, E. (2009): Die Besonderheiten der Arzthaftung im medizinischen Notfall, Berlin/Heidelberg.

Klemperer, D. (2010): Sozialmedizin – Public Health. Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe, Bern.

Klug, D.M. (2014): Krankheitserfahrungen von nicht-dokumentierten Migranten. Eine qualitative Studie, Dissertation, Hamburg: http://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2014/7038/pdf/Dissertation.pdf [15.01.2016].

Knipper, M./Bilgin, Y. (2009): Migration und Gesundheit, Sankt Augustin/Berlin.

Köhl, A./Schürhoff, R. (2001): AIDS im gesellschaftlichen Bewußtsein – Aspekte der Stigmatisierung von HIV-Infizierten und Risikogruppen, Gießen.

Kohls, M. (2011): Morbidität und Mortalität von Migranten in Deutschland, hg. durch das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Forschungsbericht 9, Nürnberg.

Kohls, M. (2008): Healthy-Migrant-Effect, Erfassungsfehler und andere Schwierigkeiten bei der Analyse der Mortalität von Migranten. Eine Bestandsaufnahme. Working Paper 15 der Forschungsgruppe des Bundesamtes, hg. durch das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Nürnberg.

KOK – Bundesweiter Koordinierungskreis gegen Frauenhandel und Gewalt an Frauen im Migrationsprozess e. V. (Hg.) (2011): Expertise zum Thema Zwangsverheiratung, 3. Mai 2011: www.kok-buero.de/uploads/media/ExpertiseZwangsverheiratung05.05.11.pdf [29.01.2016].

Kömür, C.A. (o.J.): Sans Papiers in Deutschland. Vorschläge für ihre Legalisierung. Eine Studie zur Situation der »illegal« in der Bundesrepublik lebenden Menschen und zum Umgang mit ihnen in anderen EU-Ländern: www.bo-alternativ.de/papiere-jetzt/Studie.pdf [29.01.2016].

Kovacheva, V. (2010a): Irregular Migration in Germany since the turn of the millennium – development, economic background and discourses. Working Paper No. 5, Hamburg Institute of International Economics, Database on Irregular Migration: http://irregular-migration.hwwi.de/typo3_upload/groups/31/4.Background_Information/4.7.Working_Papers/WP5_2010_Kovacheva_IrregularMigration_Germany_Juli10_2.pdf [29.01.2016].

Kovacheva, V. (2010b): Security challenges and the composition of irregular resident populations in Europe: overestimating the young men? Working Paper No. 8, Hamburg Institute of International Economics, Database on Irregular Migration: http://irregular-migration.hwwi.de/typo3_upload/groups/31/4.Background_Information/4.7.Working_Papers/WP8_2010_Kovacheva_IrregularMigration_Composition_Aug10.pdf [29.01.2016].

Krause, G. (2007): Meldepflicht für Infektionskrankheiten, in: Deutsches Ärzteblatt, 12. Oktober 2007, Jg. 104, Heft 41, S. A2811-A2819.

Kreuzer, M. (1989): Prostitution. Eine sozialgeschichtliche Untersuchung in Frankfurt a.M. Von der Syphilis bis AIDS, Stuttgart.

Krieger, W./Ludwig, M./Schupp, P./Will, A. (2006): Lebenslage »illegal«: Menschen ohne Aufenthaltsstatus in Frankfurt a.M. Notlagen und Lebensbewältigung – Wege der Unterstützung. Eine empirische Studie, Karlsruhe.

Kühn, D. (1994): Jugendamt – Sozialamt – Gesundheitsamt. Entwicklungslinien der Sozialverwaltung im 20. Jahrhundert, Neuwied.

Kühne, A. (2009): Gesundheit, Umgang mit Erkrankungen, Zugang zum Gesundheitssystem von Migrant/-innen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Hamburg, in: Diakonie Hamburg/Landesverband der Inneren Mission e.V. (2009), S. 262-276.

Kurz, K./Prüfer, P./Rexroth, M. (1999): Zur Validität von Fragen in standardisierten Erhebungen. Ergebnisse des Einsatzes eines kognitiven Pretestinterviews, in: ZUMA-Nachrichten 44, 23. Mai 1999, S. 83-107.

Labisch, A./Tennstedt, F. (1985): Der Weg zum »Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens« vom 3. Juli 1934. Entwicklungslinien und -momente des staatlichen und kommunalen Gesundheitswesens in Deutschland, Schriftenreihe der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, Band 13, 1.2, Düsseldorf.

Labisch, A./Woelk, W. (2012): Geschichte der Gesundheitswissenschaften, in: Hurrelmann/Razum (2012), S. 55-98.

Larchanché, S. (2012): Intangible obstacles: Health implications of stigmatization, structural violence, and fear among undocumented immigrants in France, in: Social Science and Medicine, Heft 74, Nr. 6, S. 858-63; DOI: 10.1016/j.socscimed.2011.08.016.

Lavenex, S. (2009): Europäische Union, in: focus Migration, Länderprofil, Nr. 17, März 2009: http://focus-migration.hwwi.de/typo3_upload/groups/3/focus_Migration_Publikationen/Laenderprofile/LP_17_EU.pdf [08.09.2014].

Lichtenthaeler, C. (1984): Der Eid des Hippokrates. Ursprung und Bedeutung, Köln.

Lifton, R.J. (1988): Ärzte im Dritten Reich, Stuttgart.

Löhmann, C. (1999): Die medizinische Versorgung illegalisierter Menschen: eine Untersuchung zur Situation in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung des Büros für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin, Oldenburg.

Lotty, E.Y./Hämmerling, C./Mielck, A. (2015): Gesundheitszustand von Menschen ohne Krankenversicherung und von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus: Analyse von Daten der Malteser Migranten Medizin (MMM) in München, in: Das Gesundheitswesen, Heft 77, Nr. 6, DOI: http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1395646.

Lotze, E. (2009): Die Humanitäre Sprechstunde des Gesundheitsamts Bremen – Kommunale Verantwortung für die Gesundheit aller Menschen, in: Falge et al. (2009), S. 89-95.

Malteser Hilfsdienst e.V. (Hg.) (2015): Malteser Migranten Medizin Jahresberichte. Jahresbericht Hannover: www.malteser-migranten-medizin.de/downloads/jahresberichte.html [10.03.2015].

Malteser Hilfsdienst e.V. (Hg.) (2010): Jahresbericht Malteser Migranten Medizin 2009. Hilfe und medizinische Versorgung für Menschen ohne Krankenversicherung: www.malteser-migranten-medizin.de/uploads/media/Jahres bericht_Bundesweit.pdf [10.11.2013].

Malteser Hilfsdienst e.V. Berlin (Hg.) (2013): »Hilfe für Menschen ohne Krankenversicherung«. Jahresbericht 2012. Malteser Migranten Medizin Berlin: www.malteser-migranten-medizin.de/uploads/media/Jahresbericht_MMM_Berlin_2012_01.pdf [04.03.2014].

Malteser Hilfsdienst e.V. Berlin (Hg.) (2011): »Hilfe für Menschen ohne Krankenversicherung«. Jahresbericht 2010. Malteser Migranten Medizin Berlin: www.malteser-migranten-medizin.de/uploads/media/Jahresbericht_Berlin_01.pdf [04.03.2014].

Malteser Hilfsdienst e.V. Berlin (Hg.) (2010): »In Würde leben«. Jahresbericht 2009. Malteser Migranten Medizin Berlin: www.malteser-migranten-medizin.de/uploads/media/Jahresbericht_Berlin_02.pdf [04.03.2014].

Malteser Hilfsdienst e.V. Berlin (Hg.) (2009): »In Würde leben«. Jahresbericht 2008. Malteser Migranten Medizin Berlin: www.malteser-migranten-medizin.de/uploads/media/Jahresbericht_Berlin_03.pdf [04.03.2014].

Malteser Hilfsdienst e.V. Erzdiözese Berlin (Hg.) (2007): 6 Jahre Malteser Migranten Medizin. Hilfe für Menschen ohne Krankenversicherung: www.malteser.de/73.Malteser_Migranten_Medizin/73.04.Links_Materialien/Erfahrungsbericht2006_final.pdf [29.03.2011].

Malteser Hilfsdienst e.V. Frankfurt (Hg.) (2011): Unser Herz für Kranke. Jahresbericht 2010 der Malteser Migranten Medizin: www.malteser-migranten-medizin.de/uploads/media/Jahresbericht_Frankfurt_am_Main_01.pdf [10.11.2013].

Malteser Hilfsdienst e.V. Frankfurt (Hg.) (2010): Hilfe, Respekt und Mitgefühl. Jahresbericht 2009 der Malteser Migranten Medizin Frankfurt: www.malteser-migranten-medizin.de/uploads/media/Jahresbericht_Frankfurt.pdf [10.11.2013].

Malteser Hilfsdienst e.V. Frankfurt (Hg.) (2009): »Initiativen brauchen Leidenschaft«. Jahresbericht 2008 der Malteser Migranten Medizin Frankfurt: www.malteser-migranten-medizin.de/uploads/media/Jahresbericht_Frankfurt_01.pdf [10.11.2013].

Malteser Hilfsdienst e.V. Hamburg (Hg.) (2015): 7 Jahre Hilfe für Menschen ohne Krankenversicherung. Jahresbericht Hamburg 2014: www.malteser-migranten-medizin.de/uploads/media/Jahresbericht_Hamburg_07.pdf [11.03.2015].

Malteser Hilfsdienst e.V. Hannover (Hg.) (2010): Jahresbericht 2009 MMM Hannover: www.malteser-migranten-medizin.de/uploads/media/Jahres bericht_Hannover.pdf [10.11.2013].

Malteser Hilfsdienst e.V. Hannover (Hg.) (2009): Jahresbericht 2008 MMM Hannover: www.malteser-migranten-medizin.de/uploads/media/Jahresbe richt_Hannover_01.pdf [10.11.2013].

Malteser Hilfsdienst e.V. Köln (Hg.) (2013): »Hilfe für Menschen ohne Krankenversicherung«. Jahresbericht 2012 der Malteser Migranten Medizin Köln: www.malteser-migranten-medizin.de/uploads/media/Jahresbericht_Koeln.pdf [04.03.2014].

Malteser Hilfsdienst e.V. Köln (Hg.) (2011): »Hilfe für Menschen ohne Krankenversicherung«. Jahresbericht 2010 der Malteser Migranten Medizin Köln: www.malteser-migranten-medizin.de/uploads/media/Jahresbericht_K%C3%B6ln_03.pdf [04.03.2014].

Malteser Hilfsdienst e.V. Köln (Hg.) (2010): »Starke Hilfen für die Schwachen«. Jahresbericht 2009 der Malteser Migranten Medizin Köln: www.malteser-migranten-medizin.de/uploads/media/Jahresbericht_K %C3 %B6ln_02. pdf [04.03.2014].

Malteser Hilfsdienst e.V. Köln (Hg.) (2009): »In Würde leben«. Jahresbericht 2008. Malteser Migranten Medizin in Köln: www.malteser-migranten-me dizin.de/uploads/media/Jahresbericht_K%C3%B6ln_04.pdf [04.03.2014].

Malteser Hilfsdienst e.V. Köln (Hg.) (2007): »In Würde leben«. Tätigkeitsbericht 2006. Malteser Migranten Medizin in Köln: www.malteser-migranten-me dizin.de/uploads/media/Jahresbericht_K%C3%B6ln.pdf [04.03.2014].

Malteser Hilfsdienst e.V. München (Hg.) (2012): Jahresbericht 2011. Malteser Migranten Medizin in München: www.malteser-migranten-medizin.de/uploads/media/Jahresbericht_M%C3%BCnchen_01.pdf [04.03.2014].

Malteser Hilfsdienst e.V. München (Hg.) (2011): Jahresbericht 2010. Malteser Migranten Medizin in München: www.malteser-migranten-medizin.de/uploads/media/Jahresbericht _M%C3%BCnchen_03.pdf [06.09.2013].

Malteser Hilfsdienst e.V. München (Hg.) (2010): Jahresbericht 2009. Malteser Migranten Medizin in München: www.malteser-migranten-medizin.de/uploads/media/Jahresbericht _M%C3%BCnchen_02.pdf [06.09.2013].

Marmot, M. (2004): The status syndrome: how your social standing affects your health and life expectancy, London.

Marschalck, P./Wiedl, K.H. (Hg.) (2001): Migration und Krankheit, Schriften des Instituts für Migrationsforschung und interkulturelle Studien (IMIS), Band 10, Osnabrück.

Mbayo, R. (2009a): Gesundheitsversorgung afrikanischer MigrantInnen in Berlin – Zugangswege und Barrieren, in: Borde et al. (2009), S. 159-180.

Mbayo, R. (2009b): »Afrikaherz« – Zur Gesundheitsversorgung afrikanischer MigrantInnen, in: Heinrich-Böll-Stiftung (2009), S. 22-26.

Médecins du Monde European Observatory On Access To Healthcare (Hg.) (2009): Der Zugang zur medizinischen Versorgung von Menschen ohne Aufenthaltstitel in 11 europäischen Ländern: www.aerztederwelt.org/filead min/pdf/Publikationen/2.Untersuchung_EuropeanObservatory_240909.pdf [18.07.2013].

Medizinische Flüchtlingshilfe Göttingen e.V. (2012): Konzeptpapier »Anonymisierter Krankenschein«. Stand Oktober 2012: www.mfh-goe.org [16.07.2015].

Mitrović, E. (2009): Qualitative Befunde zur Lebenssituation von Menschen ohne gültige Aufenthaltspapiere in Hamburg: Bildungszugang – Arbeit – Gesundheit, in: Diakonie Hamburg/Landesverband der Inneren Mission e.V. (2009), S. 166-261.

Mitscherlich, A./Mielke, F. (Hg.) (2004): Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses, Frankfurt a.M.

Mohammadzadeh, Z. (1993): Die gesundheitliche Lage und Versorgung der Flüchtlinge in Bremen, Frankfurt a.M.

Monschein, M. (2008): Asylbewerber kämpfen um medizinische Versorgung, London: http://pressetext.de/news/080410016/asylbewerber-kaempfen-um-medizinische-versorgung/ [06.09.2013].

Montgomery, F. (2008): Gesundheit – ein Menschenrecht, Festvortrag am 10. Dezember 2008, Stuttgart.

Moser, G. (2002): »Im Interesse der Volksgesundheit…« Sozialhygiene und öffentliches Gesundheitswesen in der Weimarer Republik und der frühen SBZ/DDR. Ein Beitrag zur Sozialgeschichte des deutschen Gesundheitswesens im 20. Jahrhundert, Frankfurt a.M.

Müller, D. (2004): Recht auf Gesundheit? Medizinische Versorgung illegalisierter MigrantInnen zwischen exklusiven Staatsbürgerrechten und universellen Menschenrechten, in: Förderverein Niedersächsischer Flüchtlingsrat e.V. (Hg.): Flüchtlingsrat, Zeitschrift für Flüchtlingspolitik in Niedersachsen, Sonderheft 101, September 2004, Bockenem.

Müller, K. (2008): HIV und Aufenthalt, in: Asylmagazin 12/2008, Aus der Beratungspraxis, S. 8-13.

Mylius, M. (2016): Krankenhausaufenthalte von Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung – Eine explorative Studie zur stationären Versorgung in Niedersachsen, Berlin und Hamburg, in: Das Gesundheitswesen, Thieme Verlag (angenommen).

Mylius, M. (2014): Gute Behandlung ohne Vergütung? Ärztliche Versorgung nicht krankenversicherter Migrantinnen und Migranten an den Gesundheitsämtern, in Frewer/Reis/Bergemann (Hg.), Gute oder vergütete Behandlung? Ethische Fragen der Gesundheitsökonomie. Jahrbuch Ethik in der Klinik, Band 7, Würzburg, S. 231-248.

Mylius, M. (2011): Selektives Recht auf Gesundheit? Gesundheitliche Ungleichheit am Beispiel spezifischer Infektionskrankheiten, in: Mylius et al. (2011), S. 103-124.

Mylius, M./Bornschlegl, W./Frewer, A. (Hg.) (2011): Medizin für »Menschen ohne Papiere«. Menschenrechte und Ethik in der Praxis des Gesundheitssystems, Göttingen.

Mylius, M./Frewer, A. (2015a): Access to healthcare for undocumented migrants with communicable diseases in Germany. a quantitative study, in: European Journal of Public Health; DOI: http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckv023, First published online: 15 March 2015.

Mylius, M./Frewer, A. (2015b): Zugang zu medizinischer Versorgung von MigrantInnen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Zwischen Notfallversorgung, Infektionsschutz und humanitärer Hilfe, in: Zeitschrift für Menschenrechte, Jahrgang 9 2015, Nr. 2, Nürnberg.

Mylius, M./Frewer, A. (2014): Medizinische Versorgung von Migrantinnen und Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus – Eine Forschungsstudie zur Rolle der Gesundheitsämter in Deutschland, in: Das Gesundheitswesen, 2014, Bd. 76, Nr. 7, S. 440-445; DOI: http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1364014.

Nagel, E. (Hg.) (2007): Das Gesundheitswesen in Deutschland. Struktur, Leistungen, Weiterentwicklung, Köln.

Niedersächsische Krankenhausgesellschaft (Hg.) (2014): Notfallbehandlung in Krankenhäusern. Mitteilung Nr. 82/2014: www.nkgev.de [03.03.2015].

Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (Hg.) (o.J.): 100 Jahre dem Gesundheitsschutz verpflichtet 1903-2003, von der Bakteriologischen Untersuchungsstelle der Königlichen Regierung zu Hannover zu dem Landesgesundheitsamt der Niedersächsischen Landesregierung (NLGA), Jubiläumsbroschüre, Hannover.

Nitschke, H. (2011): Zwischen Infektionsschutz und Menschenrecht – die Rolle des Gesundheitsamtes. Fortbildungsveranstaltung Ärztekammer Nordrhein vom 16.02.2011, unveröffentlicht.

Nitschke, H. (2005): Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere als Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes – Erfahrungen und Perspektiven, in: Jünschke/Paul (2005), S. 133-148.

Nitschke, H./Oliveira, F./Knappik, A./Bunte, A. (2011): Seismograf für Migration und Versorgungsdefizite – STD-Sprechstunde im Gesundheitsamt Köln, in: Das Gesundheitswesen 2011, Nr. 73, S. 748-755.

Noah, C. (2011): Der HIV-Test, in: Hoffmann/Rockstroh (2011), S. 15-22.

Özcan, V. (2007): Länderprofil Deutschland, in: focus Migration, Nr. 1, Mai 2007: http://focus-migration.hwwi.de/typo3_upload/groups/3/focus_Migration_Publikationen/Laenderprofile/LP01_Deutschland_v2.pdf [06.09.2013].

Parusel, B. (2010): Abschottungs- und Anwerbungsstrategien. EU-Institutionen und Arbeitsmigration, Osnabrück.

Pebody, R. (2012): HIV treatment to be free for undocumented migrants and non-UK citizens: www.aidsmap.com/HIV-treatment-to-be-free-for-undocumented-migrants-and-non-UK-citizens/page/2271302/ [25.01.2016].

Penteker, G. (2011): Medizinische Versorgung Papierloser auf dem Land am Beispiel Niedersachsen, in: Mylius et al. (2011), S. 197-209.

Pfaff, H. (2003): Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben, in: Pfaff et al. (2003), Gesundheitsversorgung und Disease Management. Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung, Bern, S. 13-23.

Pfaff, H./Neugebauer, E.A.M./Glaeske, G./Schrappe, M. (Hg.) (2011): Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik – Methodik – Anwendung, Stuttgart.

Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM) (Hg.) (2012): Press Release – Spain: A step backward in the right to health care for all, 31. August 2012: http://picum.org/en/news/picum-news/35757/ [25.01.2016].

Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM) (Hg.) (2010): Report of PICUM's Workshop. »Violence and Exploitation of Undocumented Migrant Women: Building Strategies to End Impunity«, Brüssel: http://picum.org/en/publications/reports/ [25.01.2016].

Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM) (Hg.) (2009a): Undocumented and seriously ill: Residence Permits for medical reasons in Europe, Brüssel: http://picum.org/en/publications/reports/ [25.01.2016].

Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM) (Hg.) (2009b): Main Concerns about the Fundamental Rights of Undocumented Migrants in Europe, Brüssel: http://picum.org/en/publications/reports/ [25.01.2016].

Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM) (Hg.) (2007): Access to Health Care for Undocumented Migrants in Europe: http://picum.org/en/publications/reports/ [25.01.2016].

Porter, R. (2007): Die Kunst des Heilens. Eine medizinische Geschichte der Menschheit von der Antike bis heute, Berlin/Heidelberg.

Przyborski, A./Wohlrab-Sahr, M. (2009): Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch, München.

Rademacher, M. (2011): Kondomzwang ist der falsche Weg: http://blog.aidshilfe.de/2011/03/08/kondomzwang-ist-der-falsche-weg/ [06.09.2013].

Rásky, E. (Hg.) (2009): Gesundheit hat Bleiberecht. Migration und Gesundheit, Wien.

Rat der Europäischen Union (2007): Charta der Grundrechte der Europäischen Union, Brüssel.

Rauchfuss, K. (2001): Krankheit kennt keinen Aufenthaltsstatus. Zur gesundheitlichen Situation von Flüchtlingen, Bochum: www.mfh-bochum.de/alte-seite/Hintergrund/Krankheit_kennt_keinen_Aufenthaltsstatus.pdf [06.09.2013].

Razum, O. (2009): Migration, Mortalität und der Healthy-migrant-Effekt, in: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hg.) (2009): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven, Wiesbaden, S. 267-282.

Razum, O./Geiger, I.K. (2012): Menschen mit Migrationshintergrund, in: Schwartz/Walter/Siegrist et al. (Hg.), Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen, München, S. 715-720.

Razum, O./Rohrmann, S. (2002): Der Healthy-migrant-Effekt: Bedeutung von Auswahlprozessen bei der Migration und Late-entry-Bias, in: Das Gesundheitswesen, 2002, Band 64, S. 82-88.

Robert-Koch-Institut (Hg.) (2014): Epidemiologisches Bulletin Nr. 44 vom 03. November 2014: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2014/Ausgaben/44_14pdf?__blob=publicationFile [17.04.2016].

Robert Koch-Institut (Hg.) (2013): Epidemiologisches Bulletin Nr. 2417 vom 17. Juni 2013: www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2013/Ausgaben/24_13.pdf?__blob=publicationFile [24.07.2013].

Robert Koch-Institut (Hg.) (2012a): Epidemiologisches Bulletin Nr. 3 vom 23. Januar 2012: http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/rePWDPJvOiQGs/PDF/20SB2b1QhwrAsU.pdf [06.09.2013].

Robert Koch-Institut (2012b): Archiv der Berichte zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland (seit 2001): www.rki.de/DE/Content/InfAZ/T/Tuberkulose/Archiv_Berichte_TB_in_Dtl_tab.html [06.09.2013].

Robert Koch-Institut (2012c): Befragung zum STI/HIV-Angebot und zur Datenerhebung in Gesundheitsämtern, 2012. Abschlussbericht, Berlin.

Robert Koch-Institut (Hg.) (2011a): Epidemiologisches Bulletin Nr. 46 vom 21. November 2011: www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2011/Ausgaben/46_11.pdf?__blob=publicationFile [06.09.2013].

Robert Koch-Institut (Hg.) (2011b): HIV/AIDS-Folien, Stand HIV: 01.09.2011, AIDS: 01.03.2011: www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Epidemiologie/Daten__und__Berichte/HIV-AIDS-Folien,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/HIV-AIDS-Folien.pdf [01.02.2012].

Robert Koch-Institut (Hg.) (2011c): Epidemiologisches Bulletin Nr. 21 vom 30. Mai 2011: www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2011/Ausgaben/21_11.pdf?__blob=publicationFile [06.09.2013].

Robert Koch-Institut (Hg.) (2011d): Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland 2009: www.rki.de/DE/Content/InfAZ/T/Tuberkulose/Download/TB2009.pdf?__blob=publicationFile [06.09.2013].

Robert Koch-Institut (Hg.) (2010): Epidemiologisches Bulletin Nr. 5 vom 8. Februar 2010. HIV bei Migranten in Deutschland: http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/re9N7X7TjXxE/PDF/273NTxConnm1tEA.pdf [06.09.2013].

Robert Koch-Institut (Hg.) (2009a): Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2007, Berlin: www.rki.de/DE/Content/InfAZ/T/Tuberkulose/Download/TB2007.pdf?__blob=publicationFile [06.09.2013].

Robert Koch-Institut (Hg.) (2009b): Epidemiologisches Bulletin Nr. 21. HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland. Jahresbericht zur Entwicklung im Jahr 2008 aus dem Robert Koch-Institut, Berlin: www.vergissaidsnicht.de/uploads/media/Aids_Zahlen_Deutschland_HIV_Neuinfektionen.pdf [06.09.2013].

Robert Koch-Institut (Hg.) (2009c): Tuberkulose. RKI-Ratgeber für Ärzte: www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Tuberkulose.html [06.09.2013].

Robert Koch-Institut (Hg.) (2009d): Epidemiologisches Bulletin Nr. 1 vom 8. Januar 2009: http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/re1ebMB9r6Fs/PDF/26hnHZtwaqgE.pdf [06.09.2013].

Robert Koch-Institut (2007): Falldefinitionen des Robert Koch-Instituts zur Übermittlung von Erkrankungs- oder Todesfällen und Nachweisen von Krankheitserregern gemäß § 4 Abs. 2 des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG), Ausgabe 2007: www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/Falldefinition/falldefinition_node.html#doc2374714bodyText1 [06.09.2013].

Robert Koch-Institut (Hg.) (2006d): Epidemiologisches Bulletin Nr. 1 vom 6. Januar 2006: http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/rebX9rKkzYgIQ/PDF/29JinsQiWj8E6.pdf [10.11.2013].

Robert Koch-Institut (Hg.) (2005a): Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland 2003: www.rki.de/DE/Content/InfAZ/T/Tuberkulose/Download/TB2003.pdf;jsessionid=9B274147D389E7FA10FC727C7E701756.2_cid390?__blob=publicationFile [25.01.2016].

Robert Koch-Institut (Hg.) (2005b): Epidemiologisches Bulletin vom 12. April 2005, Sonderausgabe A: www.infektionsschutz.gesundheitsdienstportal.de/_docs/sonstige/HIV- %20BRD.pdf [25.01.2016].

Robert Koch-Institut (Hg.) (2005c): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit: Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Berlin.

Robert Koch-Institut (Hg.) (2004): Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland 2002: www.rki.de/DE/Content/InfAZ/T/Tuberkulose/Download/TB2002.pdf;jsessionid=9B274147D389E7FA10FC727C7E701756.2_cid390?__blob=publicationFile [10.11.2013].

Robert Koch-Institut (Hg.) (2003): Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland 2001: www.rki.de/DE/Content/InfAZ/T/Tuberkulose/

Download/TB2001.pdf;jsessionid=9B274147D389E7FA10FC727C 7E701756.2_cid390?__blob=publicationFile [10.11.2013].
Robert Koch-Institut (1999): Bundes-Gesundheitssurvey 1998, in: Das Gesundheitswesen. Sonderheft 2, Schwerpunktheft zum Bundes-Gesundheitssurvey 1998, 61. Jahrgang, Dezember 1999: www.thieme.de/statics/dokumente/thieme/final/de/dokumente/zw_das-gesundheitswesen/gesu-suppl_klein.pdf [18.07.2013].
Robert Koch-Institut (o.J.): Bericht – Teil 1 – Befragung von Gesundheitsämtern über die Umsetzung des neuen Meldewesens nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), durchgeführt im Sommer 2002 am Robert Koch-Institut, Abteilung für Infektionsepidemiologie: www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/Bericht_GA-Befragung.pdf?__blob=publicationFile [08.10.2013].
Robert Koch-Institut/Statistisches Bundesamt (Hg.) (2008a): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Migration und Gesundheit, Berlin.
Robert Koch-Institut/Statistisches Bundesamt (Hg.) (2008b): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland, Tabellenband: http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/reouo6qZcW7eI/PDF/28AGUAv81lsupjwo.pdf [10.11.2013].
Robert Koch-Institut/Statistisches Bundesamt (Hg.) (2008c): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland, Berlin.
Robert Koch-Institut/Statistisches Bundesamt (Hg.) (2006a): Heft 31 – HIV und AIDS. Aus der Reihe »Gesundheitsberichterstattung des Bundes«, Berlin.
Robert Koch-Institut/Statistisches Bundesamt (Hg.) (2006b): Heft 35 – Tuberkulose. Aus der Reihe »Gesundheitsberichterstattung des Bundes«, Berlin.
Robert Koch-Institut/Statistisches Bundesamt (Hg.) (2006c): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit in Deutschland, Berlin.
Rosenbrock, R./Gerlinger, T. (2006): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, Bern.
Roßberg, S. (2006): Johannes Rabnow und das »Modell Schöneberg« – ein kommunales Gesundheitswesen zwischen Sozialreform und Bevölkerungspolitik 1900-1914, in: Hüntelmann/Vossen/Czech (2006), S. 125-136.
Rousseau, C./ter Kuile, S./Munoz, M. et al. (2008): Health Care Access for Refugees and Immigrants with Precarious Status. Public Health and Human Right Challenges, in: Canadian Journal of Public Health, July-August 2008, Band 99, Nr. 4, S. 290-292.
Ruiz-Casares, M./Rousseau, C./Derluyn, I. et al. (2010): Right and access to healthcare for undocumented children: Addressing the gap between in-

ternational conventions and disparate implementations in North America and Europe, in: Social Science and Medicine, Nr. 70(2), S. 329-336; DOI: 10.1016/j.socscimed.2009.10.013.

Sachße, C./Tennstedt, F. (2012): Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland. Band 4: Fürsorge und Wohlfahrtspflege in der Nachkriegszeit 1945-1953, Stuttgart.

Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (Hg.) (2011): Migrationsland 2011. Jahresgutachten 2011 mit Migrationsbarometer, Berlin.

Schade, M./Heudorf, U./Tiarks-Jungk, P. (2015): Die Humanitäre Sprechstunde in Frankfurt a.M.: Inanspruchnahme nach Geschlecht, Alter und Herkunftsland, in: Gesundheitswesen, 2015, Heft Nr. 77, S. 466-474, DOI: 10.1055/s-0035-1550026.

Scheibler, F./Janßen, C./Pfaff, H. (2003): Shared decision making: ein Überblicksartikel über die internationale Forschungsliteratur, in: Sozial- und Präventivmedizin, 2003, Band 48, S. 11-24.

Schlöpker, K./Herrmann, M./Großer-Kaya, C. et al. (2009): Problemlagen von versteckt lebenden Migranten in Deutschland: Analyse der medizinischen Beratungsanlässe in Berlin, Bonn und Köln, in: Gesundheitswesen, 2009, Heft Nr. 71, S. 839-844.

Schmacke, N. (1993): Schritte in die Öffentlichkeit. Die Wiederentdeckung der kommunalen Gesundheitsämter, Düsseldorf.

Schmidt, S. (2009): Gesundheitliche Versorgung von Papierlosen in Deutschland aus Sicht der Medizinischen Flüchtlingshilfen, in: Falge et al. (2009), S. 63-80.

Schmidt-Linsenhoff, V. (1981): Frauenalltag und Frauenbewegung 1890-1980, Ausstellungskatalog Historisches Museum Frankfurt a.M., Frankfurt a.M.

Schmitt, E. (2007): Gesundheitsversorgung und Versorgungsbedarf von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus, Bockenem: www.nds-fluerat.org/wp-content/uploads/2007/10/ru120.pdf [10.11.2013].

Schmuhl, H.-W. (2002): Die Patientenmorde, in: Ebbinghaus, A./Dörner, K. (Hg.) (2002): Vernichten und Heilen. Der Nürnberger Ärzteprozeß und seine Folgen, Berlin, S. 295-328.

Schneider, J. (2004): Die Justiziabilität wirtschaftlicher, sozialer und kultureller Menschenrechte, hg. vom Deutschen Institut für Menschenrechte, Berlin: www.institut-fuer-menschenrechte.de/uploads/tx_commerce/studie_die_justiziabilitaet_wirtschaftlicher_sozialer_u_kultureller_menschenrechte.pdf [25.01.2016].

Schoevers, M.A./Loeffen, M.J./van den Muijsenbergh, M.E./Lagro-Janssen, A.L. (2010): Health care utilisation and problems in accessing health care of female undocumented immigrants in the Netherlands, in: International

Journal of Public Health, 2010, Band 55, S. 421-428, open access at Springerlink.com: DOI: 10.1007/s00038-010-0151-6.

Schönwälder, K./Vogel, D./Sciortino, G. (2004): Migration und Illegalität in Deutschland, AKI Forschungsbilanz I, Arbeitsstelle interkulturelle Konflikte und gesellschaftliche Integration, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung: http://www2000.wzb.eu/alt/aki/files/aki_forschungsbi lanz_1.pdf [10.11.2013].

Schwarte, D. (2009): System der öffentlichen Gesundheitspflege, in: Roeder/Hensen (2009), S. 223-227.

Schwartz, F.W./Walter, U./Siegrist, J. et al. (Hg.) (2003): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen, München/Jena.

Scott, P. (2004): Undocumented Migrants in Germany and Britain: The Human »Rights« And »Wrongs« Regarding Access to Health Care, in: Electronic Journal of Sociology: www.sociology.org/content/2004/tier2/scott.html [10.11.2013].

Sebo, P./Jackson, Y./Haller, D.M. et al. (2011): Sexual and Reproductive Health Behaviors of Undocumented Migrants in Geneva: A Cross Sectional Study, in: Journal of Immigrant and Minority Health, 2011, Band 13, Nr. 3, S. 510-517, open access at Springerlink.com: DOI: 10.1007/s10903-010-9367-z.

Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz. Der Staatssekretär (2011): Beratung von Frauen ohne Aufenthaltsstatus im Zeitraum von drei Monaten vor bis drei Monate nach der Entbindung. Schreiben des Staatssekretärs Prof. Dr. Hoff vom 17.02.2011 an die Gesundheitsämter und Schwangerschaftsberatungsstellen Berlins.

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales. Die Staatssekretärin (2013): Identitätsfeststellung von Patientinnen und Patienten durch die Polizei. Schreiben der Staatssekretärin E. Demirbüken-Wegner vom 22.07.2013 an die Geschäftsführungen der Berliner Krankenhäuser.

Senatsverwaltung für Inneres und Sport. Staatssekretär für Inneres (2011): Betreff Beratung von Frauen ohne Aufenthaltsstatus im Zeitraum von 3 Monaten vor bzw. nach der Entbindung. Schreiben von U. Heise vom 01.02.2011 an die Standesämter Berlins.

Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales. Der Beauftragte des Senats von Berlin für Integration und Migration (Hg.) (2007): Vielfalt fördern – Zusammenhalt stärken. Das Berliner Integrationskonzept: www.berlin.de/imperia/md/content/lb-integration-migration/publikationen/berichte/integrationskonzept_2007_bf.pdf?start&ts=1416488023&file=integrations konzept_2007_bf.pdf [10.03.2015].

Simo, S./Kentenich, H. (2011): Gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere – Praktische Konsequenzen im Bereich der Geburtshilfe und Gynäkologie, in: Mylius et al. (Hg.), S. 239-246.

Simon, M. (2010): Das Gesundheitssystem in Deutschland: eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, Bern.

Solorio, M.R./Currier, J./Cunningham, W. (2004): HIV Health Care Services for Mexican Migrants, in: Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome, Bd. 37, Supplement 4, 1. November 2004, S. 240-251.

Sozialreferat der Landeshauptstadt München (Hg.) (2010): »Wir haben sie nicht vergessen …« 10 Jahre Umgang mit Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus in der Landeshauptstadt München. Das Münchner Modell: www.forum-illegalitaet.de/mediapool/99/993476/data/Muenchen_Ergebnisse_2010.pdf [25.01.2016].

Spallek, J./Razum, O. (2008): Erklärungsmodelle für die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten, in: Bauer et al. (2008), S. 271-288.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (o.J.): Regionalatlas, kann nach 80 verschiedenen Indikatoren individuell erstellt werden, unter: www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigation/Statistiken/Zeitreihen/Indikatoren/Strukturindikatoren__nk.psml [06.03.2012].

Statistisches Bundesamt (2014): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2013 –, Fachserie 1, Reihe 2.2, korrigiert am 26.02.2015, Wiesbaden: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220137004.pdf?__blob=publicationFile [30.04.2015].

Statistisches Bundesamt (2012a): Indikator 19 der ECHI shortlist: Inzidenz von a) HIV-Infizierten und b) AIDS Fällen je 100.000 Einwohner: www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_PROC?_XWD_2/1/XWD_CUBE.DRILL/_XWD_28/D.000/3722 [08.02.2012].

Statistisches Bundesamt (2012b): Ausländische Bevölkerung. Fachserie 1 Reihe 2 – 2011: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/AuslaendBevoelkerung2010200117004.pdf?__blob=publicationFile [25.01.2016].

Statistisches Bundesamt (2011a): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Wanderungen 2009, Wiesbaden: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Wanderungen/Wanderungen2010120097004.pdf?__blob=publicationFile [10.11.2013].

Statistisches Bundesamt (2011b): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2010, Wiesbaden: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220107004.pdf?__blob=publicationFile [25.01.2016].

Statistisches Bundesamt (2010a): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2009, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2010b): BIK(7)-Gemeindegrößenklassen nach Fläche und Bevölkerung am 31.12.2009: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/LaenderRegionen/Regionales/Gemeindeverzeichnis/NichtAdministrativ/Archiv/Standardtabellen/39BIK7Vorjahr.html [06.08.2012].

Statistisches Bundesamt (2008): Pressemitteilung Nr.477 vom 11.12.2008: Männer häufiger ohne Krankenversicherungsschutz: www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2008/12/PD08__477__122.psml [06.03.2012].

Statistisches Bundesamt (o.J.): Personen mit Migrationshintergrund. Methodische Erläuterungen: www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund/Aktuell,templateId=renderPrint.psml [04.07.2012].

Statistisches Bundesamt (Destatis)/Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)/Das sozio-oekonomische Panel (SOEP) (Hg.) (2011): Datenreport 2011. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland, Band I, Bonn.

Steen, R. (2005): Soziale Arbeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst, München/Basel.

Steffan, E./Sokolowski, S./Nowak, V./Oremus, D. (2005): HIV/AIDS und Migranten/innen. Gesundheitsrisiken, soziale Lage und Angebote einschlägiger Dienste. Nationale Auswertung für Deutschland, Berlin.

Steffan, E./Rademacher, M./Kraus, M. (2002): Gesundheitsämter im Wandel. Die Arbeit der Beratungsstellen für STDs und AIDS vor dem Hintergrund des neuen Infektionsschutzgesetz (IfSG). Eine Gesamtbefragung der Gesundheitsämter in Deutschland, Abschlussbericht, Berlin.

Stobbe, H. (2004): Undokumentierte Migration in Deutschland und den Vereinigten Staaten: interne Migrationskontrollen und die Handlungsspielräume von Sans Papiers, Göttingen.

Streeck, H./Altfeld, M. (2011): Die akute HIV-1-Infektion, in: Hoffmann/Rockstroh (2011), S. 50-58.

Suess, A. et al. (2014): The right of access to health care for undocumented migrants: a revision of comparative analysis in the European context, in: European Journal of Public Health, 2014, Nr. 24, S. 712-720; DOI: 10.1093/eurpub/cku036.

Taupitz, J. (1991): Die Standesordnungen der freien Berufe: geschichtliche Entwicklung, Funktionen, Stellung im Rechtssystem, Berlin/New York.

Teumer, J. (2010): Serie Aids und Recht. Kapitel 5: Aids und Asyl-/Ausländerrecht: http://dresden.aidshilfe.de/?p=700 [29.01.2016].

Thompson, M. (2011): Challenges of Improving Adherence to HIV Therapy, in: American Family Physician, 2011, February 15, Band 83, Nr. 4, S. 378-379.

Thränhardt, D./Hunger, U. (Hg.) (2003): Migration im Spannungsfeld von Globalisierung und Nationalstaat, Wiesbaden.

Tohidipur, T. (2009): *Sans Papiers* und Gesundheitsversorgung. Möglichkeiten europäischer Harmonisierung, in: Falge et al. (2009), S. 183-194.

Tolsdorf, M. (2008): Verborgen. Gesundheitssituation und -versorgung versteckt lebender MigrantInnen in Deutschland und in der Schweiz, Bern.

Torres-Cantero, A.M./Miguel, A.G./Gallardo, C./Ippolito, S. (2007): Health care provision for illegal migrants: may health policy make a difference? In: European Journal of Public Health, Bd. 17, Nr. 5, S. 483-485.

Torres, A.M./Sanz, B. (2000): Health care provision for illegal immigrants: should public health be concerned? In: Journal of Epidemiology Community Health, 2000, Nr. 54, S. 478-479.

Ueberschär, E./Meyer, L. (Hg.) (2007): Ein Jahr Zuwanderungsgesetz: Flüchtlingsschutz, humanitärer Aufenthalt und die Rechte irregulärer Migranten. Dokumentation zweier Tagungen der Evangelischen Akademie Loccum, Loccum.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Statistics Division (Hg.) (1998): Recommendations on Statistics of International Migration, Revision 1, Statistical Papers Series M, Nr. 58, Rev. 1, New York.

United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) (Hg.) (2015): Warum Flüchtlinge nach Europa kommen: www.unhcr.de/archiv/nachrichten/artikel/be170c36ad381019e5f0f71941cd9543/warum-fluechtlinge-nach-europa-kommen.html [25.11.2015].

United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) (Hg.) (2015): Global Trends. Forced Displacement in 2014: https://www.uno-fluechtlingshilfe.de/fluechtlinge/zahlen-fakten/weltfluechtlingszahlen-2014.html [25.01.2016].

Van der Werf, M.J./Langendam, M.W./Huitric, E./Manissero, D. (2011): Multidrug resistance after inappropriate tuberculosis treatment: A meta-analysis, in: European Respiratory journal Express, published online October 20, 2011.

Vereinte Nationen – Menschenrechtsrat (2009): Allgemeine regelmäßige Überprüfung. Bericht der Arbeitsgruppe für die allgemeine regelmäßige Überprüfung. Deutschland, vom 4. März 2009. UN Doc. A/HRC/11/15: www.un.org/depts/german/menschenrechte/a-hrc-11-15.pdf [25.01.2016].

Vlădescu, C./Scîntee, G./Olsavszky, V. (2008): Romania: Health system review, in: Health Systems in Transition, Bd. 10, Nr. 3, S. 1-172.

Vogel, D. (2015): Update report Germany: Estimated number of irregular foreign residents in Germany (2014), Database on Irregular Migration, Update report: http://irregular-migration.net/ [24.11.2015].

Vogel, D. (2012): Update report Germany: Estimate number of irregular foreign residents in Germany (2010), Database on Irregular Migration, Update report, http://irregular-migration.net/ [14.05.2015].

Vogel, D. (2003): Illegaler Aufenthalt, Konzepte, Forschungszugänge, Realitäten, Optionen, in: Thränhardt/Hunger (2003), S. 161-179.

Vogel, D. (1996): Illegale Zuwanderung und soziales Sicherungssystem – eine Analyse ökonomischer und sozialpolitischer Aspekte, in: ZeS-Arbeitspapier, 1996, Nr. 2, Bremen.

Vogel, D./Aßner, M. (2011): Umfang, Entwicklung und Struktur der irregulären Bevölkerung in Deutschland. Expertise im Auftrag der deutschen nationalen Kontaktstelle für das Europäische Migrationsnetzwerk (EMN) beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge: https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Expertisen/emn-wp-41-expertise.pdf?__blob=publicationFile [25.01.2016].

Vogel, D./Aßner, M. (2010): Kinder ohne Aufenthaltsstatus – illegal im Land, legal in der Schule. Studie für den Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (SVR): www.forum-illegalitaet.de/mediapool/99/993476/data/svr_schulzugang_irregulaere_vogel_asner.pdf [29.01.2016].

Vogel, D./Cyrus, N. (2008): Irreguläre Migration in Europa – Zweifel an der Wirksamkeit der Bekämpfungsstrategien, in: focus Migration, Kurzdossier Nr. 9, März 2008.

Vogel, D./Gelbrich, S. (2010): Update report Germany: Estimate on irregular migration for Germany in 2009. Hamburg Institute of International Economics. Database on Irregular Migration. Update report/December 2010: http://irregular-migration.hwwi.de/typo3_upload/groups/31/4.Background_Information/4.5.Update_Reports/Update_report_Germany_2010.pdf [29.10.2015].

Vogel, D./Kovacheva, V. (2009): Illegal in Europa – Neue Datenbank liefert Zahlen und Dokumentationen, in: Update. Wissens-Service des HWWI, Februar 2009, S. 1-2: www.hwwi.org/uploads/tx_wilpubdb/HWWI_Update_02.09.pdf [29.01.2016].

Vorbrodt, E. (2000): Gesundheitliche Versorgung von Ausländern ohne Aufenthaltsrecht, in: Flüchtlingsrat, Zeitschrift für Flüchtlingspolitik in Niedersachsen: Geteilte Medizin, Ausgabe 03/00, Heft Nr. 68, S. 18-23.

Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Public Health (2000): Public Health/Gesundheitswissenschaften – Ziele, Aufgaben, Erkenntnisse: http://link.springer.com/article/10.1007/BF02956137 [25.01.2016].

Vossen, J. (2001): Gesundheitsämter im Nationalsozialismus: Rassenhygiene und offene Gesundheitsfürsorge in Westfalen 1900 bis 1950, Essen.
Waller, H. (2007): Gesundheit und Gesundheitsversorgung von Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität in Deutschland und Italien, Lüneburg.
Weiss, R. (2003): Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten, Zürich.
Weltärztebund (2008): Handbuch der Deklarationen, Erklärungen und Entschließungen, hg. durch die Hans-Neuffer-Stiftung, Köln.
Weltgesundheitsorganisation – Regionalbüro für Europa (2007): Alle gegen Tuberkulose. Europäisches Ministerforum der WHO: Die Erklärung von Berlin zur Tuberkulose vom 22. Oktober 2007, Berlin, EUR/07/5061622/5: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/68186/E90833G.pdf [25.01.2016].
Wernet, A. (2009): Einführung in die Interpretationstechnik der Objektiven Hermeneutik. Qualitative Sozialforschung, Wiesbaden.
Whitehead, M./Dahlgren, G. (2006): Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1, published by WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
Wienold, M./Salman, R./Ngassa Djomo, K. (2007): Arbeitspapier Länderbericht Deutschland. Beitrag zum EU-Partnerschaftsprojekt: HIV/AIDS – Vulnerabilität von Migrantenpopulationen und öffentliche Bekämpfungsstrategien, Hannover: www.aids-migration.de/fileadmin/download/IOM_Bericht_editiert_080610.pdf [25.01.2016].
Wiesner, A./Schmidt, S./Bergmeyer, V./Bruckermann, U. (2008): Gesundheitsversorgung von papierlosen Menschen in Bremen. Ergebnisse einer Umfrage bei Arztpraxen im Land Bremen, Bremen.
Wiessner, P. (Hg.) (2010): Migration und HIV-Prävention, AIDS-Forum DAH, Bd. 58, Berlin.
Wilkinson, R.G. (1996): Unhealthy societies. The afflictions of inequality, London/New York.
Will, A. (2008): Ausländer ohne Aufenthaltsrecht. Aufenthaltsrechtliche Rahmenbedingungen – Arbeitsrecht – Soziale Rechte, Baden-Baden.
Willing, M. (2011): Armutsbekämpfung nach Plan. Die Sozialfürsorge in der SBZ/DDR 1945-1990, Ettenheim.
Winkler, J.P./Beck, V./Wieland, W. (2006): Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der sozialen Situation von Ausländerinnen und Ausländern, die ohne Aufenthaltsstatus in Deutschland leben, Deutscher Bundestag, 16. Wahlperiode, Drucksache 16/445.
Wolff, H./Epiney, M./Lourenco, A.P. et al. (2008): Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention, in: BioMed Central Pub-

lic Health, 2008, 8:93, S. 1-10, open access at Springerlink.com: DOI: 10.1186/1471-2458-8-93.

Wolff, U. (1981): Abschied von Hippokrates: ärztliche Ethik zwischen Hippokratischem Eid und Genfer Gelöbnis, Berlin.

Woodward, A./Howard, N./Wolffers, I.: Health and access to care for undocumented migrants living in the European Union: a scoping review, in: Health Policy Plan, 2014, Nr. 29, S. 818-830; DOI: 10.1093/heapol/czt06.

World Health Organization (Hg.) (2013): Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV-infection. Recommendations for a public health approach. June 2013: http://apps.who.int/iris/bit stream/10665/85321/1/9789241505727_eng.pdf [25.01.2016].

World Health Organization (Hg.) (2012): Tuberculosis profile. Turkey: www.who.int/tb/data/ [25.01.2016].

World Health Organization (Hg.) (2011): WHO Report 2011 – Global Tuberculosis Control: www.who.int/tb/publications/global_report/2011/gtbr11_full.pdf [25.01.2016].

World Health Organization (Hg.) (2010a): The Global Plan to Stop TB, 2011-2015: www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/TB_GlobalPlanToStop TB2011-2015.pdf [17.11.2015].

World Health Organization (Hg.) (2010b): Treatment of Tuberculosis. Guidelines. Fourth Edition: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241 547833_eng.pdf [25.01.2016].

World Health Organization (Hg.) (2008): Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health, Geneva.

World Health Organization (Hg.) (2006): The Stop TB Strategy, WHO/HTM/TB/2006.368: www.who.int/tb/publications/2006/who_htm_tb_2006_368.pdf [25.01.2016].

World Health Organization (Hg.) (2003): Adherence to Long-Term-Therapies. Evidence for Action, Genf.

Wright, A./Zignol, M/Van Deun, A. et al. (2009): Epidemiology of antituberculosis drug resistance 2002-07: an updated analysis of the Global Project on Anti-Tuberculosis Drug Resistance Surveillance, in: Lancet 2009, Nr. 373, S. 1861-1873.

Yano, H. (2001): Anwerbung und ärztliche Untersuchung von »Gastarbeitern« zwischen 1955 und 1965, in: Marschalck/Wiedl (2001), S. 65-83.

Zenker, H.-J. (2011): Öffentlicher Gesundheitsdienst, in: Pfaff et al. (2011), S. 163-168.

Ziegler, R./Just, H.-M./Castell, S. et al. (2012): Infektionsprävention bei Tuberkulose. Empfehlungen des DZK, in: Pneumologie 2012, Online-Ausgabe, ohne Band- und Seitenangaben: https://www.thieme-connect.de/ejournals/pdf/pneumologie/doi/10.1055/s-0031-1291582.pdf [25.01.2016].